
BACHELORARBEIT

Anastasia Manyrina

**Gesundheitsmanagement
in der Kita
am Beispiel der AWO**

2014

**Gesundheitsmanagement
in der Kita
am Beispiel der AWO**

Autorin:

Anastasia Manyrina

Studiengang:

Gesundheitsmanagement

Seminargruppe:

GM11s1-B

Erstprüfer:

Prof. Dr. Volker J. Kreyher

Zweitprüfer:

Dr. Edgar Unger

Einreichung:

Karlsruhe, 22.01.2014

**Health Management
in a children´s day care center
using the example of AWO**

author:

Anastasia Manyrina

course of studies:

Gesundheitsmanagement

seminar group:

GM11s1-B

firstexaminer:

Prof. Dr. Volker J. Kreyher

secondexaminer:

Dr. Edgar Unger

submission:

Karlsruhe, 22.01.2014

Biographische Angaben

Manyrina, Anastasia

Gesundheitsmanagement in der Kita am Beispiel der AWO

Health Management in a children´s day care center using the example of AWO

55 Seiten, Hochschule Mittweida, University of Applied Sciences,

Fakultät Medien, Bachelorarbeit, 2014

Abstract

In der vorliegenden Bachelor-Thesis wird die Problematik des Gesundheitsmanagements in der Kita vorgestellt und analysiert. Zunächst werden die theoretischen Grundlagen von Qualitäts- und Gesundheitsmanagement beschrieben. Die Handlungsfelder, die für die Gesundheit der Kinder verantwortlich sind, werden in der Mitte der Thesis aufgezeigt. Das Ziel der Arbeit ist innovativ und beschäftigt sich mit dem Gedanken, das Qualitätsmanagement in den Gesundheitsmanagement einzubringen. Die AWO wird als Beispiel für die Umsetzung der theoretischen Grundlagen dienen. Anschließend folgen die Erfolgsfaktoren sowie die Handlungsempfehlungen für die Kitas.

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis.....	v
Abkürzungsverzeichnis.....	vii
Abbildungsverzeichnis.....	viii
1 Einleitung	1
1.1 Einführung mittels graphischer Darstellung.....	1
1.2 Problemstellung und Vorgehensweise.....	2
2 Grundlage und Prozess des Qualitätsmanagements	3
2.1 Definition des Qualitätsmanagements	3
2.2 Qualitätsmanagement nach DIN EN ISO	10
2.2.1 DIN EN ISO-Familie.....	10
2.2.2 Vorbereitung	16
2.2.3 Einführung	17
2.2.4 Umsetzung	17
2.2.5 Überprüfung.....	18
2.2.6 Ergebniskontrolle	18
2.2.7 Qualitätssiegel	18
3 Gesundheitsmanagement in der Kita.....	19
3.1 Definition des Gesundheitsmanagements.....	19
3.2 Handlungsfelder des Gesundheitsmanagements in der Kita.....	21
3.2.1 Beschäftigte	21
3.2.2 Eltern	25
3.2.3 Soziales Umfeld.....	28
3.3 Kinder	29
3.3.1 Ernährung.....	29
3.3.2 Bewegung.....	32
3.3.3 Hygiene	33
3.3.4 Ansteckende und chronische Krankheiten	34

3.3.5 Gewaltprävention.....	35
3.3.6 Resilienzförderung.....	38
3.3.7 Empowerment	40
4 Gesundheitsmanagement in der AWO	41
4.1 AWO als Organisation	41
4.2 AWO Qualitätsmanagement	42
4.2.1 AWO Leitlinien	42
4.2.2 AWO Standards.....	47
4.2.3 AWO Qualitätsmängel	51
5 Schlussbetrachtung	53
5.1 Erfolgsfaktoren durch die Beschäftigten	53
5.2 Handlungsempfehlungen in der Kita	54
Literatur- und Quellenverzeichnis	56
Eigenständigkeitserklärung	65

Abkürzungsverzeichnis

AWO	Arbeiterwohlfahrt
BAG LJÄ	Bundesarbeitsgemeinschaft der Landesjugendämter
BGM	Betriebliches Gesundheitsmanagement
CWQC	Company-Wide Quality Control
DGE	Deutsche Gesellschaft für Ernährung
DIN	Deutsche Industrie Norm
EN	Europäische Norm
GM	Gesundheitsmanagement
IfSG	Infektionsschutzgesetz
ISO	International Organization of Standardization
KVP	Kontinuierlicher Verbesserungsprozess
PDCA	Plan-Do-Check-Act
QFD	Quality Function Deployment
QM	Qualitätsmanagement
QMP	Qualitätsmanagementprozess
QMS	Qualitätsmanagementsystem
SuE	Sozial- und Erziehungsdienst
TQM	Total Quality Management
TVöD	Tarifvertrag des öffentlichen Dienstes
WHO	World Health Organization

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Aufbau der Arbeit.....	1
Abbildung 2: PDCA-Zyklus	12
Abbildung 3: AWO-Tandem-Prinzip.....	44
Abbildung 4: Erfolgskreis.....	53

1 Einleitung

1.1 Einführung mittels graphischer Darstellung



Abbildung 1: Aufbau der Arbeit [Eigene Abbildung]

1.2 Problemstellung und Vorgehensweise

Durch die Einführung des gesetzlichen Anspruchs auf einen Kita-Platz, zunächst für drei-sechs Jährige seit 1996 und seit dem 01.08.2013 auch für null-drei Jährige [vgl. Kinderförderungsgesetz], und die durch die PISA-Studie 2000 ausgelöste Bildungsdebatte, geriet im Rahmen der Diskussion um die Frühförderung auch die Qualität von Kindertagesstätten in den Fokus.

Der Blick auf die Qualität deutscher Kitas zeigte, dass diese zum Zeitpunkt der Untersuchung durchschnittlich bis ungenügend war, es bis heute jedoch noch keine aussagekräftigen Berichte darüber gibt, welche Kita welchen Qualitätsstandard aufweist [vgl. Tietze/Becker-Stoll/Bensel 2012, 14]. Ein neues Bildungsverständnis, überarbeitete Curricula, gesellschaftspolitische Veränderungen und neue gesetzliche Verordnungen, die nicht mehr nur den Arbeitsschutz, sondern auch die aktive Gesundheitsförderung für Kinder und in Betrieben verordneten, machten es auch erforderlich, das Thema Gesundheit in Kitas zu betrachten und die Gesundheitsförderung mittels eines Qualitätsmanagementsystems (QMS) zu implementieren.

In der hier vorliegenden Arbeit werden folgende Punkte analysiert:

- Wie sieht die Theorie der Gesundheitsförderung aus?
- Wie sieht die Praxis der Gesundheitsförderung aus?
- Wen betrifft die Gesundheitsförderung in der Kita?
- Mit welchen Belastungen werden die Betroffenen konfrontiert und was hilft dagegen?
- Bei wem muss die Gesundheitsförderung beginnen?

Unter Berücksichtigung dieser Fragen wird die Gesundheitsförderung durchforscht. Zunächst mit einer Einführung in das Qualitätsmanagement (QM) und der internationalen (ISO), europäisch (EN) und in Deutschland (DIN) geltenden Norm DIN EN ISO. Anschließend folgen das Gesundheitsmanagement (GM) und für die Gesundheit der Kita relevante Handlungsfelder.

Nachdem die Problematik und Lösungsansätze der Eltern, Beschäftigten und den Kindern vorgestellt wurden, folgt das Beispiel der Umsetzung des GM in der Arbeiterwohlfahrt (AWO) mithilfe des QM.

Zum Schluss werden die Erfolgsfaktoren und die Handlungsempfehlungen für die Kitas aufgezeigt.

2 Grundlage und Prozess des Qualitätsmanagements

2.1 Definition des Qualitätsmanagements

Qualität ist ein von Aristoteles von Stageira (384-322 v. Chr.) eingeführter Begriff, der als Teil der aristotelischen Kategorienlehre sprachliche Begriffe bezeichnete, die etwas über die Eigenschaft einer Sache aussagen. In seiner Schrift Metaphysik nennt Aristoteles verschiedene Bedeutungsebenen der Kategorie Qualität. Hier finden sich Eigenschaften, die veränderlich (kalt, warm) oder unveränderlich (zweifüßig, vierfüßig) sein können, und die entweder eine neutrale (blau) oder eine wertende (gut) Aussage machen, die eine Substanz oder Sache als solche näher bezeichnen [vgl. Aristoteles, 221f.]. Diesen aristotelischen Qualitätsbegriff kann man auch auf Produkte, Dienstleistungen, Prozesse und Strukturen erweitern.

Qualität kann weiterhin als primär oder sekundär aufgefasst werden. Primäre Qualitätsmerkmale sind jene, die notwendig sind, damit ein Produkt oder eine Dienstleistung ihren Zweck erfüllt. So ist das primäre Qualitätsmerkmal einer Bahnfahrt, eine Person von einem Ort zu einem anderen zu transportieren. Sekundäre Qualitätsmerkmale sind nicht für die Funktionsfähigkeit entscheidend, tragen aber zur Kundenzufriedenheit, und damit zur Kaufentscheidung, bei. Dies wäre zum Beispiel die Verpflegung der Bahngäste [vgl. Piechotta 2008, 6f.].

Qualität kann auch danach unterschieden werden, ob sie objektiv oder subjektiv wahrgenommen wird. Objektiv ist die Qualität eines Produktes dann, wenn das fertige Produkt oder die Dienstleistung vorher festgelegten Kriterien und Abmaßen entspricht. Subjektiv ist Qualität, die von Personen bezüglich einer Sache empfunden wird. Ein Produkt schön zu nennen ist ein subjektives Qualitätsurteil [vgl. Piechotta 2008, 7].

Wie schwierig die Abgrenzung von primärer, sekundärer, objektiver und subjektiver Qualität bei einer Dienstleistung ist, erkennt man gut am Beispiel der Qualität einer Kita. Das primäre Qualitätsmerkmal einer Kita ist die Erfüllung ihres Bildungs- und Betreuungsauftrags. Wann dieser jedoch erfüllt ist, und ob zum Beispiel modern ausgestattete Räume oder ein innovatives Gesundheitskonzept primäre oder sekundäre Qualitätsmerkmale sind, kann nur schwer abgeschätzt werden, daher oft der subjektiven Beurteilung der Kunden – sprich der Eltern unterworfen. Auch die Frage, ob die Kita ihren Bildungsauftrag erfüllt hat, ist nur schwer zu messen, denn es stellt sich immer die Frage, wie groß der Einfluss einer Kita und

ihres Fachpersonals auf die Entwicklung des einzelnen Kindes tatsächlich ist, und woran genau ein erfüllter Bildungsauftrag gemessen werden kann [vgl. Reid/Sanders 2009, 138].

Die empfundene Qualität einer Dienstleistung kann also eine höchst subjektive Angelegenheit sein, denn sie bemisst sich an der Wahrnehmung dessen, der sie in Anspruch nimmt. Diese Wahrnehmung von Qualität kann dabei recht unterschiedlich ausfallen. Grundsätzlich kann man aber folgende Rahmenkriterien zur Bemessung von Dienstleistungsqualität festhalten:

- eingehen auf die Bedürfnisse und Wünsche des Kunden
- Höflichkeit
- Freundlichkeit
- prompte Bedienung
- Atmosphäre
- Zeitfaktor, z.B. Wartezeiten
- Verfügbarkeit [vgl. Reid/Sanders 2009, 138]

Durch verschiedene Gründe hat sich QM von einer reinen Produkt- und Prozesskontrolle hin zu einem umfassenden, auf den Kunden fokussierten System entwickelt, das alle Unternehmensbereiche durchdringt. Wie diese Entwicklung stattfand, kann exemplarisch mit Hilfe der wichtigsten Wegbereiter des modernen Qualitätsmanagements gezeigt werden.

Frederick Winslow Taylor, nach dem der so genannte Taylorismus benannt ist, war der erste, der Arbeit in vorausgeplante und messbare Einzelschritte aufteilte. Qualität definierte er in primär-objektiver Hinsicht. Arbeit war erst dann qualitativ hochwertig, wenn sie ihren Zweck erfüllte und messbar war. Taylor legte auch den ersten Grundstein für eine umfassende Sicht auf Qualität. Er sah nicht nur die Arbeiter für die Qualität verantwortlich. Nach ihm müssten Management und Arbeiterschaft die Verantwortung für die Qualität teilen [vgl. Taylor 1911, Ch 2].

Walter A. Shewhart entwickelte die statistische Prozesskontrolle. Arbeits- und Produktionsprozesse wurden nun nicht erst im Nachhinein kontrolliert, sondern bereits in der laufenden Produktion überwacht, um möglichst sofort Abweichungen erkennen und korrigieren zu können. Auf Shewhart geht der Plan-Do-Check-Act (PDCA) -Zyklus zurück, der die Handlungsbasis in vielen modernen QMS bildet. Es handelt sich hier um eine Methode, die im Verlauf dieser Arbeit noch näher erläutert werden wird. Auch Shewhart geht von einem primär-objektiven Qualitätsbegriff aus, das heißt qualitativ gut ist das, was seinen Zweck erfüllt und messbar ist [vgl. Shewhart 1986, 45].

William Edwards Deming gilt als der Erfinder des modernen Qualitätsmanagements. Bei Deming ist jeder Mitarbeiter für die Qualität im Unternehmen verantwortlich. Zu diesem Zweck müssen die Mitarbeiter fähig sein, Qualität als solche erkennen, entwickeln und gewährleisten zu können. Schulungen sind daher aus der Sicht von Deming sehr wichtig. Die Mitarbeiter müssen keine Angst davor haben, Fehler zu melden und Verbesserungen vorzuschlagen. Sein QM geht nach dem PDCA-Zyklus vor. Deming hat einen relativen Qualitätsbegriff, der auf der Erfüllung von Kundenbedürfnissen basiert. Um die Kundenbedürfnisse möglichst umfassend zu befriedigen, legt Deming großen Wert auf Kundenbefragungen, Marktforschung und Statistiken. In *Out of the Crisis* schreibt er:

„The difficulty in defining quality is to translate future needs of the user into measurable characteristics, so that a product can be designed and turned out to give satisfaction at a price that the user will pay“ [Deming 2000, 169].

Er betonte, dass die Unternehmensführung zu 85% für die Qualität in einem Unternehmen verantwortlich ist, weil diese, im Gegensatz zur Mitarbeiterschaft die Macht hat, Ziele zu entwickeln und festzulegen, sowie eine Arbeitsumgebung zu schaffen, die sich förderlich auf die Qualität auswirkt [vgl. Deming 2000, 23f.].

Dr. Joseph M. Juran plädiert 1951 in seinem *Quality Control Handbook* für eine stete Qualitätsverbesserung in kleinen Schritten [vgl. Juran/Godfrey 1998, 2.17/42]. Wie auch schon Deming erweiterte er den Qualitätsbegriff, indem er statt der Produktionsvorgaben die Nutzererwartungen der Kunden als Maßstab setzte. Diese neue Definition von Qualität stellt die Industrie vor neue Herausforderungen, denn nun gilt es, die Erwartungen der Kunden zu ermitteln und so genau wie möglich umzusetzen. Kunden formulieren ihre Vorstellungen in der Regel alltagssprachlich, es musste nun ein Weg gefunden werden, die Kundenwünsche in technische Spezifikationen umzuwandeln. Da aber der neue Qualitätsbegriff den Kunden in den Mittelpunkt des Interesses stellt, bedeutet er einen wesentlichen Fortschritt in der Entwicklung des QM [vgl. Juran/Godfrey 1998, 2.2/26ff.]. Juran führt außerdem die Qualitätskosten ein. Damit meinte er Kosten, die für die Einführung, Entwicklung und Aufrechterhaltung von Qualität anfielen. Hierunter fallen Kosten für die Dokumentation, Qualitätsplanung oder für die Schulungen der Mitarbeiter. Auch wenn dies zunächst einen höheren finanziellen Aufwand für ein Unternehmen bedeutet, amortisiert sich dieser nach einiger Zeit, weil die Fehlerkosten, die durch Ausschuss oder Kundenreklamationen entstehen, dadurch sinken und somit langfristig höhere Gewinne gemacht werden [vgl. Juran/Godfrey 1998, 2.2/27]. Juran führte zuzüglich die Qualitätstrilogie ein. Planung,

Kontrolle und Verbesserung sorgen in einem beständigen Kreislauf für eine stetig steigende Qualität der hergestellten Produkte oder Dienstleistungen [vgl. Juran/Godfrey 1998, 2.5/30]. Da der PDCA-Zyklus eine ähnliche Methode darstellt, soll auf die Qualitätstrilogie nicht näher eingegangen werden. Auch für Juran ist Qualität unternehmensweit Aufgabe eines jeden Mitarbeiters [vgl. Juran/Godfrey 1998, 40.10/1107].

Armand Vailin Feigenbaum ist der Autor des Buchs Total Quality Control (TQC), das 1961 erschien. Er plädiert ebenfalls für ein unternehmensweites QM, wobei die Mitarbeiter von den Erfolgen der anderen lernen sollen. Hier zeigt sich die Bedeutung der Kommunikation und Vernetzung, die zur Verbesserung der Qualität beiträgt. Menschen können voneinander lernen und sich über die besten Methoden austauschen. Japanische Unternehmen übernahmen seine Vorstellungen und setzten sie als Company-Wide Quality Control (CWQC) in ihren Unternehmen um. Nach Feigenbaum sorgt ein effektives QM sowohl für eine ökonomische Herstellung von Produkten und Dienstleistungen als auch für optimale Kundenzufriedenheit. Schlechtes QM verursacht dagegen so viele Kosten, dass ein Unternehmen ohne oder mit unzureichendem QM eine eigene versteckte Fabrik hat, die nur damit beschäftigt ist, entstandene Fehler und deren Folgen wie Ausschuss, Kundenreklamationen oder Produkthaftungsfälle zu bearbeiten [vgl. Ross/Perry 1999, 324].

Philip B. Crosby ging in der Forderung, Fehler zu vermeiden, statt sie zu korrigieren noch einen Schritt weiter, indem er das Null-Fehler-Prinzip propagierte. Fehler seien vermeidbar, weil sie aus der Unaufmerksamkeit der Mitarbeiter resultieren. Daher sollte der Produktionsprozess in jedem Detail überwacht werden und messbare Kriterien als Vorgaben angesetzt werden. Hierfür ist es erforderlich, dass jeder Mitarbeiter genau weiß, was von ihm erwartet wird [vgl. Crosby On Perfection 1962, 1f.]. Qualitätsmessung sollte anhand von Fehlerkosten vorgenommen werden. Jeder Fehler erzeugt Kosten, die zwischen 20-35% der Einnahmen ausmachen. Wenn Qualitätsmängel in Geld dargestellt werden, fällt es der Geschäftsführung leichter, die Konsequenzen und die Bedeutung von Qualitätsmanagement zu erfassen. Wenn sie verstanden hat, dass schlechte Qualität Fehler und damit Kosten nach sich zieht, von dem Verlust von Kunden ganz zu schweigen, kann die Unternehmensführung Qualität als Unternehmensziel erkennen und umsetzen. Damit ist statt kurzfristiger Profitorientierung eine klare Vorgabe von Qualitätszielen möglich, die von der Unternehmensführung ausgehend in alle Unternehmensbereiche eingeführt werden kann. So steigen auch die Kundenzufriedenheit und damit der Absatz von Produkten [vgl. Crosby, The Real Thing, 1-3].

Dr. Kaoru Ishikawa gilt als Vater der japanischen Qualitätskontrolle. Neben anderen Werkzeugen entwickelte Ishikawa das sogenannte Fishbone-Diagramm, das dazu dient, Fehlerursachen aufzuspüren und neue Ideen zur Qualitätsverbesserung zu entwickeln. Auf Ishikawa geht außerdem das Konzept der Qualitätszirkel zurück, und er führte die Vorstellung des internen Kunden ein: Nach Ishikawa ist nicht mehr nur der Käufer von Produkten und Dienstleistungen ein Kunde, sondern auch jeder Empfänger eines Produkts oder einer Dienstleistung innerhalb der Produktions- und Prozesskette des Unternehmens. Auch für interne Kunden gelten die gleichen Qualitätsstandards. Das Konzept der geteilten Vision geht ebenfalls auf Ishikawa zurück. Erwähnenswert ist außerdem die CWQC, eine unternehmensweite Qualitätskontrolle, die Ishikawa basierend auf den Arbeiten von Deming, Juran und Feigenbaum entwickelte. Ihm ging es darum, jeden Mitarbeiter in jeder Hierarchieebene eines Unternehmens in die Qualitätsarbeit einzubeziehen. Alle Bemühungen sollten hierbei nach Ishikawa auf die Erfüllung der Kundenwünsche ausgerichtet sein. [vgl. Reid/Sanders 2009, 145]

Dr. Genichi Taguchi ist ein weiterer wichtiger Vertreter im Bereich des Qualitätsmanagements. Er konzentrierte sich in seiner Arbeit auf das Produktdesign. Nach ihm können 80% aller fehlerhaften Produkte auf ein mangelhaftes Produktdesign zurückgeführt werden. Daher sollten Unternehmen in ihren Bemühungen, die Qualität zu verbessern, ihren Schwerpunkt auf die Entwurfsphase legen und nicht auf die Produktionsphase. Bekannt wurde er durch seine These, dass es einfacher ist, ein Produkt robust und für viele Umgebungsbedingungen zu entwerfen, als umgekehrt die Umgebungsbedingungen zu kontrollieren. Auch hatte Taguchi einen großen Einfluss auf die Diskussion um die Qualitätskosten. Crosby definierte Qualität als die Entsprechung des Produktes mit den Vorgaben. Demnach hat ein Produkt keine Qualität, wenn es nicht exakt mit der Produktionsvorgabe übereinstimmt, zum Beispiel eine Abweichung von etwa 5 mm in einem Werkstück auftritt. Taguchi stellt nun fest, dass diese Auffassung von Qualität in der Wahrnehmung eines Kunden nicht auftritt, sondern er eine solche Abweichung sehr wohl - graduell - toleriert. Die Qualitätswahrnehmung nimmt mit steigender Abweichung jedoch ab. Fortschrittlich ist diese These insofern, dass sie eine graduelle Annäherung an Qualitätsvorgaben erlaubt, statt der Produktion ein Entweder-Oder abzuverlangen [vgl. Reid/Sanders 2009, 145f.].

Die Entwicklung des QM nahm ihren Ausgang also in der Prozesskontrolle und entwickelte sich in den 1920er Jahren zu einer reaktiven Produktkontrolle, die ihren Schwerpunkt auf dem Finden und Korrigieren von Fehlern hatte. Anschließend erweiterte sich die Qualitätskontrolle zu einer statistischen Prozesskontrolle, die die laufenden Prozesse

überwachte. In den 1960er Jahren weitet sich das QMS auf das ganze Unternehmen aus. Nun sollte nicht mehr nur in der Produktion Qualität gewährleistet sein, sondern das ganze Unternehmen wurde vom QM erfasst. Durch den starken Konkurrenzdruck japanischer Unternehmen, die mit hochqualitativen und preisgünstigen Produkten Marktanteile eroberten, fand in den 70er Jahren des letzten Jahrhunderts in den USA ein Umdenken statt. Weg vom reaktiven, hin zum proaktiven QM. Es genügte nicht mehr, Qualitätsfehler zu identifizieren und zu korrigieren, sie sollten nun bereits im Vorfeld vermieden werden. Da Qualität zu einem Wettbewerbsvorteil wurde, bekam das QM einen strategischen Wert und wurde Chefsache. Auch das Qualitätsverständnis änderte sich. Es genügte nicht mehr, Produktvorgaben zu erfüllen. Der Kunde und seine Wünsche und Erwartungen rückten in den Mittelpunkt [vgl. Reid/Sanders 2009, 142f.].

Total Quality Management (TQM) ist ein Oberbegriff für das Bemühen, die Qualität in allen Bereichen eines Unternehmens zu steigern [vgl. Reid/Sanders 2009, 137]. Die sieben Hauptprinzipien von TQM sind:

- Kundenfokus: Kundenerwartungen erkennen und erfüllen
- kontinuierliche Verbesserung: Qualitätsmanagement ist keine einmalige Aufgabe, sondern ein fortgesetztes, nicht endendes Bemühen um Verbesserung
- Befähigung (Empowerment) der Mitarbeiter: Da alle Mitarbeiter in allen Bereichen des Unternehmens für die Qualität im Unternehmen mitverantwortlich sind, ist es erforderlich, sie dazu zu befähigen, Qualitätsprobleme zu suchen, zu erkennen und zu beheben. Ein wichtiger Faktor ist, das Auffinden von Fehlern zu belohnen statt zu bestrafen. Mitarbeiter müssen fähig zur Teamarbeit sein, da Qualitätsmanagement immer als gemeinsame Aufgabe angesehen werden sollte. Auch der im Gesundheitsmanagement wichtige Netzwerkgedanke basiert auf der Philosophie, dass kein Mensch eine Insel ist und Qualität besser gemeinsam optimiert werden kann.
- Qualitätswerkzeuge verwenden: um erfolgreich QM zu betreiben, müssen die Mitarbeiter in der Verwendung von Qualitätswerkzeugen geschult sein.
- Produktdesign: Qualität muss bereits in das Produkt hinein geplant werden. Es gilt, ein robustes Produkt zu planen, dass den Kundenanforderungen gerecht wird.
- Prozessmanagement: Qualität sollte auch im Produktionsprozess bereits eingebaut sein. Die Ursachen von Qualitätsproblemen müssen identifiziert und behoben werden.

- Lieferantenqualität überwachen und steuern: Die Qualitätsstandards des Unternehmens sind auch auf die Zulieferer anzuwenden [vgl. Reid/Sanders 2009, 147].

Wichtige Werkzeuge für das QM sind Ursache-Wirkungs-Diagramme oder Fishbone-Diagramme, Flowcharts, Checklisten, Kontrolltabellen, Streudiagramme, Paretodiagramme und Quality Function Deployment (QFD).

Das von Ishikawa entwickelte Ursache-Wirkungsdiagramm erinnert optisch an ein Fischskelett und wird daher auch Fishbone-Diagramm genannt. Am Kopf des Fisches wird das zu untersuchende Problem vermerkt. Von diesem abgehend wird die Rückengräte gezeichnet und von dieser abgehend mögliche Ursachen in Gräten dargestellt. Ein Problem kann viele Ursachen haben, und so können alle Optionen auf einen Blick erfasst und untersucht werden [vgl. Reid/Sanders 2009, 150].

Flowcharts stellen alle Schritte eines Prozesses auf einen Blick dar und können so einen guten Überblick über einen zu verbessernden Arbeitsablauf verschaffen [vgl. Reid/Sanders 2009, 150].

Checklisten sind einfach und doch sehr wirksam. Auf einer Liste mit möglichen Qualitätsproblemen werden die Häufigkeit und der Zeitpunkt des Auftretens von Fehlern oder Abweichungen vermerkt. Schnell lässt sich so erkennen, welche Fehler am häufigsten vorkommen [vgl. Reid/Sanders 2009, 151].

In einer Kontrolltabelle werden fortlaufend Daten eines Prozesses erfasst. Die Toleranzgrenzen nach oben und unten sind in dieser Tabelle ebenfalls vermerkt. Sobald es zu Abweichungen kommt, können diese sofort erkannt und analysiert werden [vgl. Reid/Sanders 2009, 152].

Streudiagramme zeigen, wie sich zwei Variablen zueinander verhalten. So können zum Beispiel die Häufigkeit von Händewaschen mit der Häufigkeit des Auftretens von Krankheiten zueinander in Beziehung gesetzt werden, um so zu prüfen, ob die beiden Variablen in einem Zusammenhang stehen [vgl. Reid/Sanders 2009, 152].

Paretodiagramme gehen von der Annahme aus, dass entsprechend nur eine kleine Anzahl von Ursachen für den Hauptteil aller Fehler verantwortlich ist. Die Aufgabe ist nun, genau

diese wichtigsten Ursachen zu finden, um so die größten Verbesserungen im QM zu erreichen [vgl. Reid/Sanders 2009, 153].

QFD trägt der Entwicklung Rechnung, dass der Kunde mit seinen Bedürfnissen und Wünschen Zentrum allen unternehmerischen Handelns ist. Ziel ist es, die Kundenwünsche zu erkennen und umzusetzen. Da Kunden ihre Wünsche normalerweise alltagssprachlich ausdrücken, die Produktion jedoch nach technischen Spezifikationen erfolgt, ermöglicht QFD, die Sprache des Kunden in die Produktionssprache zu übersetzen. Beispielsweise wird die Forderung nach einem schönen Schuh in Materialvorgaben und Produktmaße umgewandelt [vgl. Reid/Sanders 2009, 153f.].

Da TQM ein kontinuierlicher Prozess ist, verläuft das Handeln in einem beständigen Zirkel aus Planen, Handeln, Prüfen und Verbessern (PDCA). Ausführlicher wird dieses Prinzip im Zusammenhang mit der DIN EN ISO 9000-Familie dargestellt.

2.2 Qualitätsmanagement nach DIN EN ISO

2.2.1 DIN EN ISO-Familie

Die zunehmende Internationalisierung der Produktion und des Handels machte einen Qualitätsstandard erforderlich, der international anerkannt ist und allen Unternehmen erlaubt, die Qualität anderer Unternehmen nach objektiven Kriterien beurteilen zu können. Zu diesem Zweck entwarf die International Organization for Standardization (ISO) eine Qualitätsnorm, deren Ziel es ist, international übereinstimmende Qualitätskriterien zur Verfügung zu stellen [vgl. Reid/Sanders 2009, 160]. Aktuell sind 164 Länder Mitglied der ISO. Die Norm ist sehr allgemein formuliert, um es allen Unternehmen zu erlauben, das QMS einzuführen und umzusetzen [vgl. ISO members]. ISO 9001:2008 ist ein Qualitätsmanagementstandard mit über einer Million Zertifikaten in 178 Ländern (Stand: 2009) [vgl. BSI Group - Our History]. Die erste Version der ISO 9000er Familie wurde 1987 veröffentlicht. Die ISO-9001 wurde mehrmals überarbeitet [vgl. BSI Group – Our History]. Die aktuell gültigen Versionen sind:

- ISO 9000:2005: Diese Norm bildet die Basis und stellt die Terminologie für die Qualitätsnorm bereit.
- ISO 9001:2008: Dies ist die eigentliche Qualitätsnorm. Sie enthält alle Anforderungen, die ein Qualitätsmanagementsystem nach ISO 9001 erfüllen muss.

- ISO 9004:2009: Diese Norm stellt Vorgaben bereit, wie ein QMS effizienter und effektiver gestaltet wird und so QM nachhaltigen Unternehmenserfolg sichern kann.
- ISO 19011:2011: Hier handelt es sich um die Vorlage für die internen und externen Auditoren von Qualitätsmanagementsystemen [vgl. ISO 9000 – Quality Management].

Mit einem DIN EN ISO 9001:2008-Zertifikat belegt ein Unternehmen, dass es die geforderten Vorgaben erfüllt [vgl. Reid/Sanders 2009, 160].

Audits, wie die Prüfungen in der ISO 9000er Terminologie genannt werden, sind ein zentraler Bestandteil der ISO-Managementsysteme. Während interne Audits vor allem die Funktion haben, die bisherigen Fortschritte zu überprüfen, haben externe Audits die Aufgabe, die Übereinstimmung des QMS mit der geltenden Norm zu überprüfen und für eine erfolgreiche Zertifizierung zu bestätigen. Hierzu macht die ISO-Norm 19011:2011 detaillierte Vorgaben [vgl. Reid/Sanders 2009, 161].

Die Zertifizierung nach einem Standard wie DIN EN ISO 9001:2008 ist keine notwendige Voraussetzung für ein Unternehmen. Ein Unternehmen kann auch ohne ein QMS arbeiten oder nach ISO 9001-Richtlinien handeln und davon profitieren, ohne ein entsprechendes Zertifikat anzustreben. Wenn sich ein Unternehmen jedoch für eine Zertifizierung entscheidet, wendet es sich nach Einführung des QM an eine externe Zertifizierungsstelle. Diese ist von der Akkreditierungsstelle ermächtigt [vgl. Akkreditierungsstellengesetz, 1].

Die DIN EN ISO 9001:2008 ist in 8 Kapitel untergliedert. Im einleitenden Kapitel 0 der ISO 9001 werden die Grundsätze für ein Qualitätsmanagement erklärt. Dieses kann an die Unternehmensgröße angepasst werden, es müssen also keine Prozesse eingeführt werden, die nicht vorhanden sind. Die vorhandenen Prozesse und auch die Umsetzung des Qualitätsmanagements müssen aber der DIN EN ISO 9001:2008 entsprechend erfasst werden. Die Struktur des Qualitätsmanagementhandbuchs muss dabei nicht dem Aufbau der Norm folgen, sondern kann nach eigenen Kriterien strukturiert werden. Die Vollständigkeit ist jedoch zu gewährleisten [vgl. ISO 9001 erklärt - Kapitel 0].

Während andere QMS den Schwerpunkt eher auf Kunden, Mitarbeiter oder den finanziellen Erfolg eines Unternehmens legen [vgl. NIST], konzentriert sich die ISO 9000ff. Normenfamilie, wie in Kapitel 0.2 vermerkt, auf die Prozessoptimierung in einem Unternehmen. Die Beziehungen von Prozessen sind deutlich zu machen und kontinuierlich auf der Basis der PDCA-Methode zu verbessern.



Abbildung 2: PDCA-Zyklus [Eigene Abbildung]

In Kapitel 0.4 wird betont, dass sich die DIN EN ISO 9001 komplementär zu anderen QMS versteht. Alle gewählten Managementsysteme können hierbei in einem Handbuch zusammengefasst und als integriertes System gemeinsam umgesetzt werden [vgl. ISO 9001 erklärt – Kap. 0].

Um die Anwendbarkeit der DIN-Norm auf alle Unternehmen zu gewährleisten, dürfen einzelne der Bereiche der Norm ausgeschlossen werden. Dieser Ausschluss muss jedoch wohl begründet sein [vgl. ISO 1.2 application].

Im Kapitel 3 wird darauf verwiesen, dass die Begriffe entsprechend der ISO 9000 definiert sind [vgl. Graebig, 2005].

Die Vorgaben für das QMS werden ab dem 4. Kapitel der Norm dargestellt. Zur Einführung des QMS sind entsprechend 4.1 die im Unternehmen vorhandenen Prozesse zu erkennen, zu benennen, und deren wechselseitige Wirkung aufeinander, darzustellen. Hierfür wird die Erstellung einer Prozesslandschaft empfohlen. Auch ausgelagerte Prozesse sind zu erfassen und müssen überwacht werden. Im QM-Handbuch ist festzuhalten, welche Prozesse ausgegliedert sind und wie diese überwacht werden.

Im Kapitel 4.2 werden die Anforderungen an die Dokumentation der Prozesse festgelegt. 4.2.1 besagt, dass die Dokumentation notwendig ist. Dokumentation meint hier die entweder digitale oder papierhafte Aufzeichnung in Form eines QM-Handbuchs, einer Prozessbeschreibung oder Verfahrensanweisung. Was genau zu dokumentieren ist, wird durch die Kapitel 4 bis 8 festgelegt. Die Dokumentation muss immer angemessen und sinnvoll sein. 4.2.2 besagt, dass ein QM-Handbuch erstellt werden muss, das die Inhalte der Norm ISO 9001:2008 abbildet oder zumindest auf sie verweist. 4.2.3 behandelt die Umgangsweise mit Dokumenten und Aufzeichnungen, die sorgfältig zu aktualisieren und aufzubewahren sind. Wie Dokumente und Aufzeichnungen behandelt werden, ist vom Unternehmen in einem dokumentierten Verfahren festzuhalten [vgl. ISO 9001 erklärt - Kapitel 4].

In der ISO 9001:2008 hat die Unternehmensleitung entsprechend Kapitel 5 besondere Aufgaben. Die Leitung muss das QMS beschließen und verantworten. Da die Unternehmensleitung Vorbildwirkung hat und die Stimmung im Unternehmen maßgeblich beeinflusst, hat diese mit gutem Beispiel voranzugehen. Sie ist zur Kundenorientierung verpflichtet und muss eine Qualitätspolitik definieren. Diese dient zur strategischen Ausrichtung aller Unternehmensbereiche und muss dem kontinuierlichen Verbesserungsprozess (KVP) entsprechen. Die festgelegten Qualitätsziele sind unternehmensweit zu kommunizieren. Mit der Messbarkeit der Qualitätsziele ist ein Erfolgsindikator gegeben, und die Transparenz innerhalb des Unternehmens nimmt zu. Einem eventuellen Widerstand gegen die Messbarkeit von Leistung von Seiten der Mitarbeiter ist durch Information zu begegnen. Konkrete Qualitätsziele werden von den jeweiligen Abteilungsleitern formuliert. Die Freigabe erfolgt durch die Geschäftsführung. Um die Ziele kontinuierlich umzusetzen, ist von der Unternehmensführung ein verantwortliches QM zu installieren, das auch bei Veränderungen funktionsfähig bleibt. Es darf keinen Grund geben, warum das QM nicht fortgesetzt wird. Ein von der Unternehmensführung benannter QM-Beauftragter berichtet an die Unternehmensführung und verantwortet alle QM-Prozesse. QM ist in der ISO 9001 definiert als eine Leitungsfunktion, muss also von einer Führungskraft ausgeübt werden. Sämtliche QM-Maßnahmen sind regelmäßig an alle Beteiligten zu kommunizieren. Das QMS muss nachweisbar in Form eines Berichts oder Protokolls von der Geschäftsführung geprüft und formal bewertet werden. Wie die Bewertung inhaltlich auszusehen hat, ist genau vorgegeben [vgl. ISO 9001 erklärt - Kapitel 5].

Das 6. Kapitel macht Vorgaben zu den Ressourcen. Alle Mitarbeiter in qualitätsrelevanten Bereichen müssen nachweislich für ihre Aufgabe qualifiziert sein und die Qualitätsziele kennen. Mittels einer Verfahrensanweisung ist zu vermerken, wie die Fähigkeiten der

Mitarbeiter geprüft werden. Weiterhin ist im QM-Handbuch festzuhalten, dass Qualifikations- oder weitere Maßnahmen stattfinden, und welche Maßnahmen wie umgesetzt werden. Die Schulungen sind nachzuweisen, zum Beispiel durch unterschriebene Teilnehmerlisten oder durch Zertifikate, die archiviert werden.

Das Unternehmen hat weiterhin dafür zu sorgen, dass die Infrastruktur, die Arbeitsausstattung, für die Mitarbeiter zur Verfügung steht. Hierfür ist im Handbuch oder in einer Verfahrensanweisung zu beschreiben, wie konkret vorgegangen wird. Es ist ein Inventar über die vorhandenen Mittel zu erstellen, in welchem Zustand sich diese befinden und welche Mittel für einen qualitativ hochwertigen Ablauf benötigt werden. Es kann zum Beispiel einmal im Jahr eine Begehung des Unternehmensgeländes gemacht werden und währenddessen ein Protokoll verfasst werden. Abweichungen sind auf der Liste zu erfassen. Sind bereits Investitionsmaßnahmen geplant, die schriftlich fixiert sind, kann an dieser Stelle des Handbuchs darauf verwiesen werden [vgl. ISO 9001 erklärt - Kapitel 6].

Im Kapitel 7 werden die Prozesse von beispielsweise der Produktion, Dienstleistung, Vertrieb, Einkauf und der Entwicklung beschrieben. Ein Unternehmen muss seine Produktion planen und im Planungsprozess auch die Qualitätsziele für das Produkt definieren. Es ist vermerkt, dass sich der Bereich Entwicklung sowohl auf die Produkte an sich, wie auch auf die Produktionsprozesse bezieht [vgl. ISO 9001 erklärt – Kapitel 7].

Der Qualitätsmanagementplan ist ein notwendiges Dokument für die ISO 9001-Norm und gehört mit zu den dokumentierten Verfahren. Es handelt sich um eine Prozessbeschreibung für das im Unternehmen hergestellte Produkt. Daher benötigt jede Organisation und jedes Unternehmen einen Qualitätsmanagementplan für seine Produkte oder Dienstleistungen. Es ist von grundlegender Bedeutung, die Anforderungen, die Kunden an das Produkt stellen, so exakt wie möglich zu ermitteln. Fehler in dem Bereich führen dazu, dass am Kundenwunsch vorbei produziert wird, was dann Folgen für den gesamten Produktionsprozess und den Unternehmenserfolg hat. Im QM-Handbuch ist an dieser Stelle festzuhalten, wie Kundenanfragen aufgenommen und umgesetzt werden. Ein Unternehmen muss die Anforderungen der Kunden tatsächlich umsetzen und anbieten können. Da eine formale Bewertung oft nicht durchführbar ist, kann sich ein Unternehmen oft nur an die Kundenforderungen annähern. Man kann sich auf bisherigen Erfahrungen berufen oder Kundenbefragungen vornehmen. Eine weitere Möglichkeit ist, die Produkte, die bereits hergestellt werden, mit Angabe der lieferbaren Stücke anzubieten, um so die Kunden anzuziehen, die an dem vorhandenen Angebot interessiert sind. Die geforderte Bewertung muss nachweisbar durchgeführt werden. Die Kundenkommunikation ist zu dokumentieren.

Kundenreklamationen sind vollständig aufzunehmen und zu analysieren. Anschließend müssen nachweislich Maßnahmen beschlossen und deren Durchführung überwacht werden. Im QM-Handbuch ist ein Prozessverlauf niederzulegen, der den Umgang mit Reklamationen dokumentiert.

Für die Produktentwicklung ist das Vorgehen nach der PDCA-Methode vorgeschrieben. Sowohl der Prozess als auch die Ergebnisse der Entwicklung sind zu dokumentieren. Zwischen- oder Endergebnisse sind zu verifizieren und zu validieren. Die Verifizierung bedeutet die Prüfung, ob das fertige Produkt mit den Vorgaben übereinstimmt. Unter Validierung versteht man den Test auf Gebrauchstauglichkeit, zum Beispiel durch Belastungstests. Wenn sich im Entwicklungsprozess Vorgehensweisen oder Anforderungen ändern, dann ist an dieser Stelle aufzuzeichnen, wie diese Änderungen behandelt werden. Den am Entwicklungsprozess beteiligten Mitarbeitern müssen die jeweils aktuellsten Versionen zur Verfügung gestellt werden.

Neue Lieferanten müssen nach einem im QM-Handbuch zu vermerkenden Ablauf ausgewählt werden. Bestehende Lieferanten müssen regelmäßig überprüft und bewertet werden. Für den Fall, dass die Bewertung eines Lieferanten schlecht ausfällt, ist ein Prozess zu definieren. Der Prozess enthält die Kommunikation mit dem Lieferanten, Korrekturmaßnahmen und im schweren Fall die Trennung vom Lieferanten. Wenn ein Lieferant gesperrt wird, ist dies in der gesamten Einkaufsabteilung zu kommunizieren.

Im Unternehmen können sich Dinge befinden, die sich im Eigentum des Kunden befinden. Diese sind zu kennzeichnen und vor Verlust oder Beschädigung zu schützen [vgl. ISO 9001 erklärt - Kapitel 7].

Das Kapitel 8 der DIN EN ISO 9001 behandelt die Messung, Analyse und Verbesserung von Produkten. Es ist konkret festzulegen, wie die Kundenzufriedenheit im Unternehmen ermittelt wird. Die Ergebnisse müssen ausgewertet werden. Anschließend sind Maßnahmen zur Verbesserung und die Kontrolle der Umsetzung festzuhalten [vgl. ISO 9001 erklärt - Kapitel 8].

ISO 9001 gibt vor, dass nicht alle Prozesse gemessen werden müssen, aber in den Kernbereichen ist sicherzustellen, dass die Produktionskennzahlen eingehalten werden. Die Produkt- oder Dienstleistungskennzahlen müssen aussagekräftig und vollständig aufgezeichnet werden.

Wie mit fehlerhaften Produkten umgegangen wird, ist im Kapitel 8.3 der Norm vorgegeben. Es muss ein dokumentiertes Verfahren erstellt werden. Es ist zu verhindern, dass fehlerhafte Produkte oder Teilprodukte im Umlauf bleiben. Fehler, die von internen oder externen Kunden gemeldet werden, werden als Reklamationen bezeichnet. Sobald ein Fehler auftritt, müssen nachweislich Korrekturen, Korrekturmaßnahmen und Vorbeugemaßnahmen ergriffen werden [vgl. ISO 9001 erklärt - Kapitel 8].

2.2.2 Vorbereitung

Die Einführung des QMS erfolgt nach einem Beschluss der Geschäftsleitung, sich einem QMS zu verpflichten [vgl. ISO 9001 erklärt - QM-System aufbauen]. Es können mehrere verschiedene QM-Modelle kombiniert und integriert angewendet werden. So verpflichtet sich die AWO nicht nur der DIN EN ISO 9001:2008, sondern auch eigenen Leitbildern und Qualitätsstandards [vgl. AWO - QM-Zertifizierung].

Nach dem Beschluss der Geschäftsleitung werden sämtliche Mitarbeiter informiert und eine Person aus der Führungsebene als QM-Beauftragter bestimmt. Diese Person hat alle Qualitätsmanagementprozesse (QMP) zu überwachen und zu analysieren. Die Analyse ist regelmäßig in Form eines Berichts der Geschäftsleitung vorzulegen, die diesen Bericht bewertet. Außerdem sind die von der Geschäftsführung formulierten Qualitätsziele von dem QM-Beauftragten in Zusammenarbeit mit den zuständigen Bereichen in Einzelziele umzuformulieren, die in Übereinstimmung mit dem globalen Qualitätsziel des Unternehmens sind. Diese Teilziele sind dann die Vorgaben, die mittels des QM zu erreichen sind [vgl. ISO 9001 erklärt - QM-System aufbauen].

Zur Vorbereitung der Einführung eines QM nach DIN EN ISO 9001:2008 ist anschließend eine vollständige Bestandsaufnahme aller relevanten Prozesse erforderlich [vgl. ISO 9001 erklärt - QM-System aufbauen].

Es empfiehlt sich hierbei zu prüfen, inwieweit QM im Unternehmen bereits praktiziert wird. Je nachdem, in welchem Stadium sich ein Unternehmen befindet, ist ein geeignetes Vorgehen zu wählen, um QM im Unternehmen anzusiedeln [vgl. Sousa-Poza/Altinkilinc/Searcy 2009, 223].

2.2.3 Einführung

Die Einführungsphase, wie auch der gesamte Qualitätsmanagementprozess, zu dem die Einführung des Systems nur den ersten Auftakt bildet, orientiert sich an der PDCA-Methode. Zur Plan-Phase gehört das Sammeln aller qualitätsrelevanten Daten, die Ermittlung des Ist-Zustands, der Abgleich mit dem Soll-Zustand und die Planung von Maßnahmen, wie die formulierten Ziele erreicht werden sollen.

Das interne Audit wird in Kapitel 8.2.2 der DIN EN ISO 9001:2008 geregelt. Diese sind in geplanten Abständen durchzuführen. Das Audit ist ebenfalls zu planen. Zunächst ist im Rahmen der Verfahrensanweisung oder im QM-Handbuch festzulegen, welches Vorgehen beim internen Audit gilt. Dann ist ein Audit-Jahresprogramm zu erstellen, das festlegt, wann welche Prozesse vorgenommen werden. Einige Woche vor dem internen Audit ist ein Auditplan zu erstellen, der die betroffenen Personen informiert. Die Prüfungshandlungen werden in einem Protokoll aufgezeichnet. Nach dem Audit ist ein Bericht mit einer Bewertung zu verfassen. Der Bericht wird der Geschäftsführung vorgelegt und von dieser ebenfalls bewertet. Nun werden aus Abweichungen die Maßnahmen abgeleitet, die schriftlich von den betreffenden Bereichen definiert werden. Die beschlossenen Maßnahmen werden von den Fachleuten an den QM-Beauftragten zurückgemeldet. Bei jedem Schritt des Audits besteht Aufzeichnungspflicht. Auditoren dürfen sich nicht selbst auditieren. Dies ist in der ISO 19011 geregelt [vgl. ISO 9001 erklärt - QM-System aufbauen].

2.2.4 Umsetzung

Sobald die Planungsphase abgeschlossen ist, geht es in die Do-Phase der PDCA-Methode. Hier werden die Maßnahmen umgesetzt, die nach der Analyse von Ist- und Soll-Zustand als notwendig erachtet wurden. Wenn sich ein Unternehmen dem QM nach ISO 9001 verpflichtet, sind sowohl die Umsetzung des QM als auch die Ziele an die Vorgaben der ISO 9001 gebunden, die bereits beschrieben wurden. Wenn ein Unternehmen ein ISO 9001-Zertifikat erwerben will, ist nach der Umsetzungsphase ein internes Audit notwendig [vgl. ISO 9001 erklärt - QM-System aufbauen].

2.2.5 Überprüfung

Die Überprüfung der Einhaltung der Normen erfolgt im ersten Schritt durch ein internes Audit. Die dafür zuständigen Personen prüfen alle qualitätsrelevanten Bereiche des Unternehmens daraufhin, ob die geforderten ISO 9001-Standards in Bezug auf die Dokumentation und die notwendigen Schritte eingehalten werden. Hierfür werden die entsprechenden Unternehmensbereiche vorab informiert, anschließend prüft der Auditor die Unterlagen. Im Bereich Einkauf müssen zum Beispiel die für die Beschaffung verwendeten Formulare vorgezeigt werden. Sie werden dann daraufhin überprüft, ob die Vorgaben der DIN-Norm formal eingehalten und auch umgesetzt werden.

Im Audit festgestellte Abweichungen und Fehler sind ebenso zu dokumentieren wie der Audit-Prozess selbst. Die Ergebnisse werden in einem Bericht festgehalten, der der Geschäftsführung zur Kontrolle und Bewertung vorgelegt wird. In der Norm wird keine konkrete Vorgabe gemacht, aber allgemein gilt, dass ein internes Audit einmal im Jahr durchzuführen ist [vgl. ISO 9001 erklärt - QM-System aufbauen].

2.2.6 Ergebniskontrolle

Sobald das QM eingeführt und lauffähig ist, geht es an die Zertifizierung. Diese darf nur von akkreditierten Stellen vorgenommen werden [vgl. Akkreditierungsstellengesetz, 1]. Die Akkreditierung ist im Akkreditierungsstellengesetz geregelt. Es findet ein externes Audit statt, das noch einmal sämtliche qualitätsrelevanten Prozesse und die Richtigkeit und Vollständigkeit der führenden Aufzeichnungen und Dokumente überprüft. Auch das QM-Handbuch wird geprüft [vgl. ISO 9001 erklärt - QM-System aufbauen].

2.2.7 Qualitätssiegel

Wenn das externe Audit zu dem Ergebnis kommt, dass das QM den geforderten Vorgaben entspricht, erhält das Unternehmen ein Zertifikat, das für einen Zeitraum von 3 Jahren ausgestellt wird. Das Qualitätssiegel sagt nichts über die tatsächliche Qualität des Unternehmens aus, sondern nur, dass sich das Unternehmen einem KVP verpflichtet hat, wie er in der DIN EN ISO 9001:2008 vorgeschrieben ist. Das QM ist mit der Einführung der Normen nicht abgeschlossen, sondern muss in einem beständigen PDCA-Zyklus weitergeführt werden. Ein wichtiges Instrument hierzu sind interne Audits, die regelmäßig überprüfen, ob sich der Ist-Zustand im QM weiterhin an die geforderten und von der

Geschäftsleitung visualisierten Qualitätsziele annähert. Wichtig ist, die Ideale als solche und nicht als faktische Ziele zu verstehen und sich als Anspruch zu setzen, sich diesen anzunähern. Es wird keine perfekte Qualität als Voraussetzung für die Zertifizierung gefordert [vgl. TÜV Nord – DIN EN ISO 9001].

3 Gesundheitsmanagement in der Kita

3.1 Definition des Gesundheitsmanagements

GM hat die Aufgabe, die gesetzlich vorgeschriebene Gesundheitsförderung in Unternehmen und Organisationen umzusetzen. Es handelt sich um „die systematische, zielorientierte und kontinuierliche Steuerung aller betrieblichen Prozesse, mit dem Ziel Gesundheit, Leistung und Erfolg für den Betrieb und alle seine Beschäftigten zu erhalten und zu fördern“ [Wegner 2009, 13]. Dies setzt die Implementierung eines geeigneten Managementsystems sowie die Teilhabe aller Betroffenen voraus [vgl. Landeshauptstadt München, 2].

Wichtig an dem Prinzip der Gesundheitsförderung ist, Krankheiten möglichst gar nicht erst entstehen zu lassen, sondern im Vorfeld zu verhüten oder frühestmöglich zu erkennen und zu behandeln. Zusätzlich soll entsprechend der salutogenetischen Sichtweise physische und psychische Gesundheit aktiv gefördert und entwickelt werden [vgl. Rudow 2010, 27].

In der Definition von Gesundheitsförderung beruft man sich allgemein auf die World Health Organization (WHO) Ottawa Charta aus dem Jahr 1986:

„Gesundheitsförderung zielt auf einen Prozess, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen. Um umfassendes körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden zu erlangen, ist es notwendig, dass sowohl einzelne als auch Gruppen ihre Bedürfnisse befriedigen, ihre Wünsche und Hoffnungen wahrnehmen und verwirklichen sowie ihre Umwelt meistern bzw. verändern können“ [Ottawa Charta zur Gesundheitsförderung]

Für die Kindergesundheit hat die WHO zudem programmatisch folgende Gesundheitsziele bis 2020 festgelegt:

„1. [...] Smoking and rising obesity levels must be considered high priorities for all countries; this is an urgent issue that will create inordinate rises in health costs for the future if not addressed promptly.

2. Universal pre-primary, primary and secondary education provision should be in place in all countries.

3. Interconnected (rather than fragmented) systems should be developed across the age range, ensuring that education, social care and health are collaborative systems that share information appropriately, plan jointly on the basis of good data and local consultation and track the quality and acceptability of their services. This will result in greater efficiencies and higher user satisfaction.

Political will and dynamic governance systems are key to ensuring implementation of these recommendations. National governments need to signal financial and cultural support for what may be radical changes in some countries. [...] Recognizing that progress is (or is not) being made depends on rigorous data-tracking systems and clear baselines from which to measure change” [Jensen/Currie/Dyson/ 2013, x].

Der Schwerpunkt liegt hier auf der Umsetzung einer umfassenden, für alle Kinder und Jugendlichen verfügbaren Gesundheitsfürsorge, in der sich alle beteiligten Institutionen eng vernetzen.

Das betriebliche Gesundheitsmanagement (BGM), das die Basis für die Gesundheitsförderung in Unternehmen und Organisationen bildet, ist in Deutschland durch verschiedene Gesetze und Verordnungen geregelt. Diese vollständig zu nennen, würde den Rahmen dieser Arbeit sprengen. Aus diesem Grund sollen hier ein paar Vorgaben und Gesetze genannt werden.

2010 erstellten die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsame und einheitliche Handlungskriterien, die die Handlungsschritte für die Umsetzung der Vorgaben aus § 20 SGB V aufstellen. Dieser Paragraph verpflichtet Krankenkassen dazu, ihren Versicherten präventive Leistungen anzubieten, die den allgemeinen Gesundheitszustand verbessern und die sozial bedingte Ungleichheit von Gesundheitschancen verringern sollen [vgl. GKV-Spitzenverband].

Der Tarifvertrag des öffentlichen Dienstes (TVöD) von 2009 hat für den Arbeitsort Kita besondere Bedeutung, da hier die betriebliche Gesundheitsförderung für Erziehungskräfte verbindlich in den TVöD - SuE (Tarifvertrag für den Sozial- und Erziehungsdienst) aufgenommen wurde [vgl. Landeshauptstadt München, 15].

Gemäß der Vorschrift zur Gefährdungsbeurteilung laut § 5 ArbSchG gilt es, Gesundheitsförderung zu betreiben, indem man zunächst die Belastungsfaktoren am Arbeitsort ermittelt und abstellt. Die Arbeitsumgebung und die Bedingungen, unter denen in Kitas gearbeitet und gelernt wird, wurden in den letzten Jahrzehnten jedoch wenig beachtet und rückten erst Ende der 1990er Jahre mit der Kasseler Studie in das Zentrum der Aufmerksamkeit. Hier wurden Belastungsfaktoren und der Gesundheitszustand von Kita-Erzieherinnen entdeckt, die das wissenschaftliche Interesse an dem Thema verstärkten. In den letzten Jahren wurde vermehrt geforscht, und nun befassen sich zahlreiche Studien mit der Gesundheitsförderung in Kitas [vgl. Thinschmidt 2010, 17].

Bei der Gesundheitsförderung werden zwei große Handlungsfelder unterschieden. Wenn man das Setting, die Verhältnisse, in denen gearbeitet und gelernt wird, verändert, kann man die Gesundheit und das Wohlbefinden ebenso verbessern wie mit Maßnahmen zur Änderung des Verhaltens, damit dieses zur Gesundheit beiträgt [vgl. Rudow 2010, 28].

Mit der Verlagerung des Arbeitsschutz-Schwerpunktes auf ein salutogenetisches Verständnis der Gesundheitsförderung statt wie bisher der Krankheitsbehandlung stieg auch das Interesse an geeigneten Methoden, BGM erfolgreich einzuführen. Denn Gesundheitsförderung in Unternehmen aus dem Sozial- und Gesundheitswesen und damit auch in Kitas ist sehr anspruchsvoll, weil nicht nur die Gesundheit der Mitarbeiter zu fördern ist, sondern auch die der Kunden (Kinder und der Eltern).

3.2 Handlungsfelder des Gesundheitsmanagements in der Kita

3.2.1 Beschäftigte

Gesundheitsförderung für die Kita-Beschäftigten ist komplex, weil die Wahrnehmung von Stressoren in hohem Maß subjektiv ist und in jeder Kita unterschiedlich ausfallen kann. Jede Person reagiert anders auf die auf ihn einwirkenden Faktoren, und jede Kita hat ihre eigenen Bedingungen. Die Vielzahl an Einflussfaktoren lässt sich unter fünf Gesichtspunkten betrachten:

- technisch-physikalische Bedingungen
- organisatorische Faktoren
- Anforderungen aus der Arbeitsaufgabe

- soziale Faktoren
- gesellschaftliche Faktoren

Die ermittelten Faktoren kann man dann weiterhin danach unterscheiden, ob sie:

- vorhersehbar oder unvorhersehbar sind
- vereinzelt oder in Kombination auftreten
- vorübergehend oder permanent sind
- vermeidbar oder nicht vermeidbar sind [vgl. Thinschmidt 2010, 18].

Bei den technisch-physikalischen Bedingungen wird von den Erzieherinnen Lärm als der größte Belastungsfaktor genannt, außerdem die fehlende Anzahl oder Ausstattung der Räume und das bisher wenig beachtete Thema der so genannten biologischen Arbeitsstoffe: In Kitas treten Infektionskrankheiten wie grippale Infekte und Magen-Darm-Erkrankungen gehäuft auf, und Kinder berufstätiger Eltern werden krank in die Kita geschickt. Aber auch die Erzieherinnen kommen oft krank zur Arbeit, um ihre Kolleginnen nicht im Stich zu lassen [vgl. Keefer 2010, 54].

Zu den organisatorischen Faktoren gehört die zu große Anzahl von Kindern pro Gruppe. Auch Personalmangel, die durch Teilzeitarbeit bedingte schwierige Dienstplanung, fehlende Arbeitszeit für Vor- und Nachbereitung und der Zeitdruck belasten die Beschäftigten der Kitas [vgl. Thinschmidt 2010, 19f.].

Die vielen neuen pädagogischen Anforderungen und die Beteiligung verschiedenster Personen wie Kindern, Eltern, Teams, Netzwerkpartnern und Trägern müssen parallel bei permanenten Störungen und Unterbrechungen erledigt werden. Kombiniert mit einem gestiegenen Fort- und Weiterbildungsaufwand führt dies viele Beschäftigte an ihre Belastungsgrenze [vgl. Thinschmidt 2010, 20].

Die Kita entwickelt sich außerdem zunehmend von einer Familienergänzung zu einem Familienersatz. Die soziale Arbeit mit belasteten Familien und die Kommunikation mit schwierigen und anspruchsvollen Eltern nimmt immer mehr Zeit in Anspruch. Benachteiligte Familien bringen zunehmend Kinder mit Verhaltensauffälligkeiten und verunsicherte Eltern hervor. Die Eltern scheitern oft schon an einfachsten Erziehungsaufgaben [vgl. Kaltenbach 2008, 133].

Von den Erzieherinnen wird dabei erwartet, auch in Konfliktsituationen die eigenen Gefühle zu regulieren und ihre Launen zugunsten der Kinder und Eltern zu unterdrücken. Die Beschäftigten müssen täglich Konflikte, bedingt durch die sozialen Strukturen der Elternhäuser, bewältigen und gleichzeitig auf die Kinder eingehen, körperliche und emotionale Nähe zulassen. Diese hohen Ansprüche der Eltern gehen oft mit „der mangelnden Anerkennung und Wertschätzung der Arbeit, der fehlenden Bereitschaft zur Zusammenarbeit oder Unzuverlässigkeit beim pünktlichen Abholen der Kinder durch die Eltern“ einher [Thinschmidt 2010, 22].

Zu den gesellschaftlichen Faktoren zählen Gesetze und die finanzielle Situation der Kommunen. Diese entscheiden über die Zuteilung von Finanzmitteln und damit über die Ausstattung der Kitas. Aus Geldmangel resultieren unzureichende Ausbildung im Kita-Team und eine unattraktive Bezahlung – auch dadurch wird es immer schwieriger, gut ausgebildetes pädagogisches Personal zu bekommen [vgl. Kaltenbach 2008, 134]. Auch „unsichtbare Barrieren aufgrund von Schwellenängsten, Berührungsängsten, Überforderungsgefühlen oder Scham“ [Richter-Kornweitz/Altgeld 2011, 14]. der Eltern belasten die Arbeit der Erzieherinnen. Der chronische Personalmangel kollidiert also mit Kindern aus schwierigen Verhältnissen. „Die Kinder benötigen vermehrt Zuwendung und Aufmerksamkeit zum Ausgleich von Defiziten, die in der Armutslage der Familie begründet sind“ [Richter-Kornweitz/Altgeld 2011, 14].

Fördernd oder stärkend für die Beschäftigten wirkt sich der direkte Umgang mit Kindern, ein angenehmes Arbeitsklima und gute, sichere Arbeitsbedingungen, die Unterstützung der Kollegen, aber auch Faktoren wie Selbstbestimmung, Gestaltungsspielräume und hohe Verantwortung aus. Persönlich tragen die Erzieherinnen durch Selbstwirksamkeitsüberzeugung und hohe Identifikation mit ihrer Arbeit und Kompetenzbewusstsein zu ihrem Wohlbefinden bei [vgl. Thinschmidt 2010, 23].

Auch die eigenen Bewältigungsstrategien wirken positiv. Ein unterstützendes Team macht außerdem selbst objektive Belastungen erträglich. Als fördernd werden zudem die Unterstützungen und Fortbildungen durch die Träger empfunden [vgl. Keefer 2010, 52].

Gesundheitsförderung für die Mitarbeiter einer Kita kann also an vielen Ebenen zu Verringerung der Belastungsfaktoren und zur Stärkung der Ressourcen ansetzen. Bei der Prävention und Gesundheitsförderung von Erzieherinnen werden sowohl Verhaltens- als auch Verhältnisverbesserungen angestrebt [vgl. Rudow 2010, 29].

Zu den Verhaltensmaßnahmen gehört die Stärkung der beruflichen Leistungsfähigkeit. Unter dem sozialen Gesichtspunkt ermöglicht dies den Erzieherinnen, ihren Bildungsauftrag zu erfüllen. Größeres Wohlbefinden der Beschäftigten ist aber auch wirtschaftlich relevant, denn es verbessert die Qualität des betrieblichen Angebotes und führt zu einem Wettbewerbsvorteil [vgl. Nagel-Prinz/Paulus 2012, 3]. Gesundheit ist zudem ein Rechtsfaktor, denn Maßnahmen zur Gesundheit und zum Arbeitsschutz sind gesetzlich vorgeschrieben [vgl. Rudow 2010, 27].

Problematisch an der Umsetzung eines wirksamen Gesundheitsmanagements ist, dass aus objektiv gleichen Belastungen ganz unterschiedlichen Reaktionen resultieren können. Ob eine Situation als positiv oder negativ erlebt wird, hängt entscheidend „von der jeweiligen Qualifikation und den persönlichen Bewertungs- und Bewältigungsstilen ab, die durch Fähigkeiten, Gesundheit, Erfahrungen und Motivation der jeweiligen Person bedingt sind“ [Thinschmidt 2010, 17].

In mehreren Studien wurde festgestellt, dass Erzieherinnen vor allem über psychosomatische und psychische Beschwerden klagen [vgl. Rudow 2010, 27]. Daher empfiehlt es sich, mit der Verbesserung der psychischen Verfassung der Beschäftigten zu beginnen.

Für das psychische Wohlbefinden entscheidend sind Wertschätzung, Anerkennung und die Selbstwirksamkeitswahrnehmung. Wichtig sind hierbei ein wertschätzender Führungsstil in der Kita, ein kooperatives und anerkennendes Arbeitsklima und die Unterstützung durch die Träger der Kita. Ein gutes Zeit- und Konfliktmanagement stärkt die eigene Selbstwirksamkeitswahrnehmung genauso wie die Gewährung von Freiraum für eigenverantwortliches Handeln. Das schließt auch die Überlegung ein, die Aus- und Weiterbildung von Erzieherinnen zu überarbeiten und den gestiegenen Anforderungen anzupassen. Zur Vorbeugung von körperlichen Beschwerden durch das Heben von Lasten können Bewegungs- und Rückenschulungen angeboten werden [vgl. Rudow 2010, 29].

Das Arbeitsklima und die Kooperationsbereitschaft kann durch regelmäßige Fallbesprechungen und Teamsitzungen verbessert werden [vgl. Richter-Kornweitz/Altgeld 2011, 50]. Mögliche Teilziele für die Gesundheitsförderung der Beschäftigten können die transparente Festlegung von Zuständigkeiten sein oder die Entwicklung des Arbeitsklimas in Richtung offener Kommunikation und Teilhabe [vgl. Rudow 2010, 20]. Darüber hinaus profitieren Fachkräfte von Qualifizierungsangeboten zum Thema Resilienz. Die Resilienz der Erzieherinnen hat auch eine positive Vorbildwirkung auf die Kinder [vgl. Brandl 2012, 15].

Zu den Verhältnisänderungen gehören erwachsenengerechte Möbel und Pausenräume. Aber auch Lärmschutzmaßnahmen wie Schalldämmung oder die Lärmerziehung der Kinder tragen zur Arbeitsfähigkeit der Beschäftigten bei [vgl. Rudow 2010, 21f.]. Zur Verbesserung der Arbeitsverhältnisse sind außerdem die Einführung kleiner Gruppen und ein guter Personalschlüssel sinnvoll. So empfiehlt die Bertelsmann-Stiftung für die Betreuung von Kindern in den ersten drei Lebensjahren einen Personalschlüssel von 1:3 [vgl. Brandl 2012, 15].

Für die Umsetzung der Gesundheitsprojekte haben sich Gesundheitsteams bewährt. Sie bestehen aus Erzieherinnen und Eltern und treffen sich regelmäßig, um zum Beispiel nach dem PDCA-Zyklus Projekte zu planen und durchzuführen. Auch für gesetzlich vorgeschriebene Maßnahmen wie die Gefährdungsbeurteilung empfiehlt sich die Teamarbeit von Erzieherinnen und Eltern. Die ermittelten Gefährdungen, zu denen neben Ausstattungsmängeln auch fehlende Qualifikation bei gleichzeitig hohen Anforderungen, unklare Aufgaben, Organisations- und Ablaufstrukturen sowie fehlende Fortbildungsmöglichkeiten gehören, bilden die Basis für weitere Projekte [vgl. Eibeck 2010, 78].

3.2.2 Eltern

Kinder können sowohl direkt als auch über die Förderung ihrer Eltern unterstützt werden. Der gesellschaftliche Wandel bewirkt auch Veränderungen des Familienlebens. Trennungen sind häufig, die Zahl der Eheschließungen geht zurück und die Zahl der Alleinerziehenden nimmt stetig zu. Menschen müssen zudem immer mobiler und flexibler sein, wenn sie Arbeit bekommen und behalten wollen. Die Großeltern, die traditionell eine große Entlastungsfunktion haben und die Eltern auch in der Erziehungsfunktion unterstützen, wohnen in der Regel räumlich entfernt. Damit fehlt die Unterstützung bei der Kinderbetreuung zu Hause. Eltern, die mit der Erziehung sich selbst überlassen sind, sind verunsichert. Die Eltern mit Migrationshintergrund, kennen auch ihre Rechte nicht, wenn es um die Beantragung sozialer oder therapeutischer Hilfen für sich und ihre Kinder geht. Immer mehr Eltern leben zudem unterhalb der Armutsgrenze [vgl. Richter-Kornweitz/Altgeld 2011, 16].

Als Hauptgrund für die familiären Veränderungen wird die zunehmende Erwerbsorientierung der Frauen angesehen. Die damit in Zusammenhang zu stehende Vereinbarkeit von Familie und Beruf wurde von der Bundesregierung bisher vernachlässigt und stellt die Familienpolitik

nun vor die große Herausforderung, eine zeitgemäße kind- und familiengerechte Infrastrukturpolitik zu entwickeln [vgl. Kaltenbach 2008, 26].

Neben Armut und Arbeitslosigkeit sind auch chronische familiäre Disharmonie und damit einhergehend körperliche und psychische Gewalt, Trennung und Scheidung, Substanzmittelmissbrauch und zunehmende psychische Störungen, manchmal Wohnungsverlust, aber auch ein niedriges Bildungsniveau, Kriminalität, sehr junge Elternschaft, unerwünschte Schwangerschaften, Adoptionen, sowie Verluste von nahestehenden Menschen Faktoren, die nicht nur die Kinder, sondern auch die Eltern stark belasten können. Scham und soziale Ablehnung können zu sozialem Rückzug und zur Isolation führen und damit die Problemlage noch verschärfen.

Kitas sind daher für Eltern eine wichtige, manchmal die einzige Anlaufstelle und haben daher eine wichtige soziale Funktion [vgl. Brandl 2012, 7].

Viele Eltern sind trotz bester Absichten schon mit einfachsten Erziehungsaufgaben, wie dem Setzen von Grenzen überfordert [vgl. Rudow 2010, 21]. Erziehungsberatung gehört daher zu den zentralen Angeboten, mit denen Kitas die Eltern unterstützen können. Studien zeigen, dass vor allem eine autoritative Erziehung Kompetenzen wie Selbstkontrolle, Durchhaltevermögen, Kooperationsbereitschaft, hohes Selbstwertgefühl, soziale Reife und gute Schulleistungen fördern [vgl. Brandl 2012,13]. Damit hilft autoritative Erziehung, Resilienz in Kindern und Eltern aufzubauen [vgl. Richter-Kornweitz/Altgeld 2011, 23]. Der autoritative Erziehungsstil ist in den goldenen Erziehungsregeln zusammengefasst. Diese umfassen Respekt vor dem Kind, angemessen fordern und fördern, ansprechbar sein, Grenzen setzen, konsequent sein, erwünschtes Verhalten loben und unerwünschtes Verhalten ignorieren, konstruktives Austragen von Konflikten und den absoluten Verzicht auf Gewalt [vgl. Thiemann 2011, 22]. Ein autoritativer Erziehungsstil stellt ein ausgewogenes Verhältnis zwischen dem Pol, Eigenständigkeit zu gewähren und dem, notwendige Grenzen zu setzen, dar. Kinder erlernen so einen respektvollen Umgang mit anderen und ebenso, eigenständige Entscheidungen zu treffen [vgl. Brandl 2012, 13].

Familien und Eltern bieten ihren Kindern neben den oben genannten potentiellen Belastungen aber auch Schutzfunktionen. Das ideale Lebensumfeld ist ein körperlich und geistig gesundes, wirtschaftlich abgesichertes, gebildetes und harmonisches Umfeld, in dem das Kind geliebt wird und willkommen ist, wo es sichere und vertrauensvolle Bindungen aufbauen kann und autoritativ erzogen wird [vgl. Brandl 2012, 13]. Je mehr dieser Faktoren in der Umgebung eines Kindes erfüllt sind, desto besser sind seine Entwicklungsaussichten.

Um belastete Eltern aus ihren Problemen herauszuführen, sollten die Kita-Beschäftigten aktiv Entgegenkommen, Interesse und Bereitschaft signalisieren und gerade benachteiligte Eltern kontinuierlich zum Mitmachen einladen. Alle Eltern haben Wissen und Kompetenzen, die das Bildungsangebot der Kita erweitern können [vgl. Düngenheim 2007, 50].

Um das Vertrauen und die Kooperationsbereitschaft der Eltern zu gewinnen, empfiehlt sich eine akzeptierende und rücksichtsvolle Kommunikation mit den Eltern. Die Bedürfnisse, Sorgen und Ängste der Eltern können nur in einem vertrauensvollen Umfeld ermittelt werden. Sich für ihre Erwartungen zu öffnen hilft, mögliche Schwierigkeiten schon im Vorfeld zu erkennen und erfolgreich zu bewältigen. Positive Rückmeldungen und eine Lobkultur helfen besonders Eltern schwieriger Kinder, den Dialog zu fördern. Neben einer wertschätzenden Haltung hilft den Eltern auch Transparenz durch kontinuierliche Information. Die Möglichkeiten hierzu sind vielfältig. Gesundheitsfördernde Informationen und Anregungen können mit Elterngesprächen, mehrsprachigen Wandzeitungen, kostenlosen mehrsprachigen Broschüren zu den Themen Ernährung, Bewegung und Entspannung und auf den Kinderfesten vermittelt werden [vgl. Düngenheim 2007, 51].

Kinder lernen durch Nachahmung ihrer Vorbilder, daher haben Eltern mit einem gesunden Ernährungs- und Bewegungsverhalten auch langfristig positiven Einfluss auf die Gesundheit der Kinder. Mit Gruppenveranstaltungen für Kita-Teams und Eltern werden die Eltern zum Mitmachen eingeladen und in Erziehungs- und Gesundheitsfragen unterstützt. Sprachförderung und Veranstaltungen zu fremden Kulturen und Religionen geben Familien mit Migrationshintergrund das Gefühl, willkommen zu sein und mit ihrem kulturellen Wissen wertvoll zur Gemeinschaft beizutragen. Hierfür lohnt es sich, die Kompetenzen und Angebote der Eltern schriftlich zu notieren und griffbereit aufzubewahren. Regelmäßige individuelle Beratungsgespräche zum Entwicklungspotenzial ihres Kindes helfen Eltern, ihr Kind individuell zu fördern. Wichtig ist auch der tägliche persönliche Kontakt zu den Eltern während der Bring- und Abholzeit [vgl. Düngenheim 2007, 51].

Kitas stellen für Eltern eine wichtige Verbindungsstelle zum sozialen Gesundheitsnetzwerk dar, das Eltern mit Kursen über Ernährung und Kochen, Bewegung, Erziehung und Entspannung weiterhelfen kann. Sportvereine helfen bei der Bewegungserziehung, nicht zuletzt weil sie auf diese Weise Nachwuchs gewinnen können. Die Angebote zur Gesundheitsvorsorge sind vielen Eltern nicht bekannt. Hier kann die Kita für Information sorgen und dabei helfen, die Angebote, wie Rückenschule oder Stressmanagement für Eltern oder Ernährungsberatung für Kinder, in Anspruch zu nehmen. Auch die Angebote von Jugendämtern und Gesundheitsorganisationen der Stadt können über die Kitas an die Eltern weitergegeben werden. Kinderärzte, Ernährungsberater und Physiotherapeuten können zu

Vortragsabenden eingeladen werden und die Eltern mit praktischen Tipps und Beratungsangeboten versorgen. Da Kitas einen so wichtigen Bezugspunkt für Eltern und Kleinkinder darstellen, planen einige Kita-Träger und Jugendämter, „die Kita zum Familienzentrum umzugestalten und sie mit anderen familienbezogenen Beratungs- und Gesundheitseinrichtungen zu vernetzen“ [Düngenheim 2007, 52].

Ziel der Gesundheitsförderung von Eltern sollte zusammenfassend sein, Wissen, Selbstbewusstsein und Erziehungskompetenz zu vermitteln, die Beziehung von Eltern zu ihren Kindern zu verbessern, Isolation der Eltern zu vermeiden oder zu beenden und ihnen den freien Zugang zum öffentlichen Versorgungssystem zu ermöglichen [vgl. Stolzenberg/Berg/Maschewsky-Schneider 2012, 12].

3.2.3 Soziales Umfeld

Das soziale Umfeld ist von entscheidender Bedeutung für die Funktionsfähigkeit eines Gesundheitsmanagements einer Kita. Mit dem sozialen Umfeld gehören „Ärzte und Ärztinnen, Beratungseinrichtungen, Berufsbildende Schulen, Hochschulen, Vereine und Verbände, Gesundheitsämter, Elternvertreterinnen und -vertreter, Gemeinde-Unfallversicherungsverbände, Krankenkassen, Ministerien, Jugendämter und selbstverständlich Spielkreise, Kindergärten und Kindertagesstätten“ [Maasberg/Richter-Kornweitz 2010, 68].

Die enge Zusammenarbeit von Erzieherinnen und Einrichtungen aus dem Gesundheits-, Bildungs- und Sozialbereich ermöglicht eine gezielte Förderung von Eltern und Kindern, um Chancenungleichheiten abzumildern oder zu beseitigen [vgl. Büchter 2010, 60].

Auch das Sozialgesetzbuch SGB VIII sieht die Koordination und Vernetzung von Dienstleistungen für Familien vor. Kitas entwickeln sich so zu Familienzentren, die alle verfügbaren Angebote für Familien vernetzen und präventive Hilfen anbieten. Im November 2006 definierte die Bundesarbeitsgemeinschaft der Landesjugendämter (BAG LJÄ) folgende Kooperationsbereiche für Kitas:

- Zusammenarbeit mit Eltern bzw. Erziehungsberechtigten
- Zusammenarbeit mit Kindertagespflegepersonen
- Zusammenarbeit mit kinder- und familienbezogenen Institutionen und Initiativen im Gemeinwesen
- Zusammenarbeit mit Schulen [vgl. BAG LJÄ 2006, 4ff.]

Auch regelmäßige Ausflüge zu einem Bauernhof oder die Organisation von gemeinsamen Aktionen in der Nachbarschaft sind gesundheitsfördernd, weil sie die soziale Integration der Kita und damit der Kinder und Eltern in ihr soziales Umfeld fördern [vgl. Richter-Kornweitz/Altgeld 2011, 18].

Kitas bieten also für Kinder und Eltern wichtige Netzwerkfunktionen, indem sie Zugang zu Bereichen bieten, zu denen sie sonst keinen oder erschwerten Zugang hätten. Neben der Organisation von Therapiemöglichkeiten, Impfaktionen und Vorsorgeuntersuchungen für das Kind bieten Kitas auch die Vermittlung zur Schuldner-, Ehe- und Paarberatung für die Eltern. Durch die lokale Vernetzung der Kita können Kinder und Eltern daher gesundheitsfördernde Angebote nutzen, gerade sozial und finanziell Benachteiligte [vgl. Richter-Kornweitz/Altgeld 2011, 19].

3.3 Kinder

3.3.1 Ernährung

Die Folgen materieller Armut sind zunehmend auf allen Ebenen zu spüren. Unter- und Fehlernährung in der frühen Kindheit hat Auswirkungen auf das gesamte Leben, da in diesem Lebensabschnitt Ernährungsgewohnheiten geprägt werden. Aus der Unter- und Fehlernährung können zudem langfristig Folgeschäden entstehen. Kinder, besonders Mädchen aus den sozial benachteiligten Familien, sind stärker gefährdet, an Adipositas zu erkranken [vgl. Kurth/Schaffrath Rosario 2010, 648]. Die stetige zunehmende Zahl an übergewichtigen und fettleibigen Kindern hat das Risiko, schon im Kindesalter an Bluthochdruck und Diabetes zu erkranken. Dies wiederum kann zu lebensbedrohlichen Folgen wie Schlaganfall, Herzinfarkt und Nierenversagen und damit zu einem frühen Tod führen [vgl. AWO – Prävention].

Kitas müssen hier vermehrt traditionell familiäre Aufgaben übernehmen, da Kinder zum großen Teil mehr als 6 Stunden pro Tag in der Kita verbringen [vgl. DGE 2011, 8]. Zu diesen Aufgaben gehört auch die gesunde Ernährung, da viele Kinder die meisten Mahlzeiten in der Kita einnehmen.

Bereits in den ersten Lebensjahren entwickeln Kinder Vorlieben für bestimmte Nahrungsmittel. Um langfristigen Folgeschäden vorzubeugen, können Eltern und Erzieherinnen zur Vorliebenprägung beitragen, indem sie bewusst gesunde Lebensmittel anbieten [vgl. Brandl 2012, 12]. Die Deutsche Gesellschaft für Ernährung gibt hierzu umfangreiche Informationen. Die Mahlzeiten sind auf die Nährstoffbedürfnisse von Kindern auszurichten. Da sich Kleinkinder noch in der Geschmacksbildungsphase befinden, ist eine große Vielfalt an Lebensmitteln in Bezug auf den Geschmack, Konsistenz, Geruch, Aussehen und Hörerlebnis anzubieten. Vermieden werden sollen Nahrungsmittel mit Geschmacksverstärkern, Süßstoffen oder Zuckeralkoholen. Auch Formfleischprodukte oder Fertigprodukte sind zu meiden, da sie nicht zur Geschmacksbildung beitragen [vgl. DGE 2011, 10].

Da für Säuglinge Muttermilch zwar die beste Ernährung darstellt, diese aber ein sehr hohes Keimrisiko aufweist, ist eine durchgehende Kühlkette zu gewährleisten. „Die volle Haftung liegt in jedem Falle bei der ausgebenden Stelle, also der Einrichtung beziehungsweise dem Träger und nicht beim Produzenten, sprich den Eltern“ [DGE 2011, 23].

Kinder unter drei Jahren haben besondere Ernährungsbedürfnisse, denn ihr Immunsystem entwickelt sich noch und ist daher besonders keimempfindlich [vgl. DGE 2011, 21]. Die in der Kita angebotenen Lebensmittel müssen daher hygienisch einwandfrei sein. Zudem dürfen Honig und Kuhmilch als Trinkmilch nicht an Kinder unter einem Jahr gegeben werden. Blähende oder schwer verdauliche Lebensmittel sollte man schrittweise einführen. [vgl. DGE 2011, 18]. Kinder sollten außerdem ihr eigenes Essgeschirr haben.

Kinder mit Allergien und Unverträglichkeiten benötigen ein ärztliches Attest. Dieses ist besonders für das Küchenpersonal gut sichtbar aufzulisten. [vgl. DGE 2011, 20]

Mahlzeiten haben auch eine soziale Funktion. Kinder lernen soziale Fähigkeiten wie Rücksichtnahme und Hilfsbereitschaft. Eine positive Essatmosphäre schafft außerdem Raum für Gespräche, den Genuss der Mahlzeiten und Informationsaustausch. [vgl. DGE 2011, 25] Zu einem gesunden Ernährungsverhalten gehören auch die Planung und der Einkauf von Lebensmitteln. Auch die Zubereitung kann schon von kleinen Kindern gelernt werden, indem sie einfache Rezepte ausprobieren und in sozialer Gemeinschaft mit all ihren Sinnen experimentieren dürfen [vgl. Richter-Kornweitz/Altgeld 2011, 16].

Der Essplatz bietet ebenfalls eine Lernmöglichkeit. Ein hell und angemessen beleuchtetes Esszimmer mit freundlichem Ambiente, Pflanzen und Bildern bietet positive Erfahrungen.

Auch selbstgebastelte Tischdekoration und gut zu reinigendes, kindgerechtes Mobiliar fördern das Ernährungsverhalten [vgl. DGE 2011, 26].

Die Deutsche Gesellschaft für Ernährung (DGE) empfiehlt, die Hauptmahlzeiten, immer begleitet von pädagogischen Fachkräften, zu festen Zeiten einzunehmen, damit die Kinder Tischrituale und ein Zeitgefühl entwickeln. Die Zwischenmahlzeiten und das Frühstück kann jedoch frei gestaltet werden. So können Kinder selbst entscheiden, wann sie essen möchten und suchen sich ihre Tischpartner selbst aus. Das fördert die Kommunikation, und es gibt weniger Streit [vgl. DGE 2011, 27].

Beim Essen sollten die Erzieherinnen die Kinder durch Hinweise auf Genuss, Geschmack, Entdecken, Probieren, Experimentieren, Selbermachen und Nachmachen motivieren. Essen sollte nicht als gesund oder ungesund bezeichnet werden, sondern durch Wörter wie „stark, fit, lässt dich wachsen“ [DGE 2011, 28].

Eltern werden in die Ernährungspädagogik einbezogen, indem sie den Umgang bezüglich Süßigkeiten, Festen und Feierlichkeiten lernen, der idealerweise in Zusammenarbeit mit ihnen in einer Elternpartnerschaft entwickelt wird. Eltern nehmen an der Essensplanung teil, indem die Mahlzeiten 4 Wochen im Voraus sichtbar ausgehängt werden. Außerdem lernen sie, dass Süßigkeiten und Kinderlebensmittel keine Zwischenmahlzeiten sind und nicht in die Brotbox gehören [vgl. DGE 2011, 19].

Die Speisenauswahl zu Festen und Feierlichkeiten sollte von der Kita gesteuert und mit den Eltern gemeinsam besprochen werden. Hierzu gehören auch die Hygieneanforderungen für die mitgebrachten Mahlzeiten. Da die Eltern wichtige Vorbilder für ihre Kinder sind, werden sie im Rahmen der Erziehungspartnerschaft eingebunden. Das Verpflegungskonzept der Kita wird den Eltern bekannt gemacht [vgl. DGE 2011, 20].

Ziel der ernährungspädagogischen Arbeit ist es, Kinder zu einem selbstbestimmten und eigenverantwortlichen Umgang mit Essen und Trinken zu befähigen. Sie lernen, welche Tischsitten und Essgewohnheiten üblich sind. Kenntnisse zur Hygiene und Sicherheit befähigen sie zu einem verantwortungsbewussten Umgang mit Lebensmitteln und Küchenutensilien.

„Kinder lernen die Lebensmittelvielfalt kennen und wählen diese aus dem Gesamtangebot aus. Durch die Schulung von Geruch und Geschmack erfahren sie die sensorischen Unterschiede von Lebensmitteln. Pädagogische Angebote zur Körperwahrnehmung und

somit auch zur Wahrnehmung von Hunger und Sättigung befähigen Kinder, die Signale ihres Körpers zu kennen und auf diese zu hören“ [DGE 2011,29].

3.3.2 Bewegung

Kinder mit vielfältigen Bewegungserfahrungen sind nicht nur gesünder, sondern haben auch ein geringeres Unfallrisiko. Die Veränderungen in der Gesellschaft schränken die Bewegungsräume von Kindern jedoch stark ein. Sie werden mit dem Auto zur Kita gebracht, haben oft keine Spielmöglichkeiten in ihrem Wohnumfeld und sitzen in der Wohnung oft vor dem Fernseher oder dem Computer [vgl. Düngenheim 2007, 28].

Regelmäßige Bewegung macht Kinder leistungsfähiger, weil sie das Herz-Kreislauf-System anregt und trainiert. Die Kinder erleben, dass sie etwas leisten können und gewinnen so Selbstbewusstsein und werden belastbarer. Körperliche Bewegung baut außerdem Stress, Angst und Aggressionen ab und steigert das emotionale Wohlbefinden. Mit Bewegung lernen Kinder ihre Umwelt außerdem über ihren Körper kennen und entwickeln so ihre Sinne. Sie erkennen, welche Möglichkeiten und Grenzen ihr Körper bietet, und sie lernen die verschiedenen Raum- und Körperdimensionen kennen. Auch die Denk- und Lernentwicklung ist eng mit der körperlichen Entwicklung verknüpft. So können Kinder, die rückwärts laufen können, auch rückwärts zählen.

Mit Bewegungsspielen lernen Kinder soziale Kompetenzen. Sie müssen auf die anderen Kinder achten und sich mit ihnen austauschen.

„In Fangspielen beispielsweise kommt es darauf an, die Mitspieler genau zu beobachten, um selbst nicht gefangen zu werden. Die Kinder lernen, sich in andere hineinzusetzen und darauf ihre Reaktionen abzustimmen. Auf diese Weise schult Bewegung die Wahrnehmung auch nonverbaler Signale“ [Düngenheim 2007, 13].

Sinne wie der Gleichgewichtssinn, der Orientierungssinn, der Tastsinn oder Grob- und Feinmotorik können nur durch Bewegung gelernt werden, und sie wirken sich positiv auf die Schreib- und Malfähigkeiten aus [vgl. Düngenheim 2007, 13].

Am abwechslungsreichsten und wertvollsten sind Spiele in der Natur. Hier lernen Kinder auf unebenen Flächen zu balancieren, auf wackeligen Untergründen zu laufen, zu hüpfen und

über Bäche und Pfützen zu springen. Die Bewegungsangebote müssen für Vorschulkinder aber nachvollziehbar und wiederholbar sein, damit sich das Gelernte festigen kann.

Zur Bewegung gehört auch der Gegenpol, die Entspannung. Diese kann durch Entspannungsübungen gefördert werden und ermöglicht es den Kindern, nach der Bewegung wieder Kraft zu tanken [vgl. Düngeheim 2007, 13].

3.3.3 Hygiene

Eine Kita ist durch den engen Kontakt vieler Menschen ein idealer Übertragungsort für die verschiedensten ansteckenden Krankheiten. Die häufigsten sind grippale Infekte und Magen-Darm-Erkrankungen. Die Übertragung kann durch direkten Kontakt, durch Tröpfcheninfektion und durch die Schmierinfektion, über verschmutzte Gegenstände erfolgen [vgl. Hygiene].

Gesundheitsförderung bei Kindern bedeutet auch, ihnen zu ermöglichen, sich wirksam vor Krankheiten zu schützen. Um ihnen ein Hygienebewusstsein zu vermitteln, das sie langfristig zum eigenen Gesundheitsschutz befähigt, ist Händewaschen das wichtigste Mittel. Es mindert Infektionsrisiken, ist einfach zu erlernen und durchzuführen und kann im Krankheitsfall weiteren Ansteckungen vorbeugen [vgl. Hygiene].

Zusätzlich sollte jedes Kind außerdem sein eigenes Essgeschirr und sein eigenes Handtuch haben. Für die Toilettenräume sollten Papierhandtücher und Seifenspender verwendet werden.

Händewaschen sollte für die Beschäftigten und Kinder immer vor und nach dem Essen, vor einer Medikamentengabe, vor der Wundversorgung, nach dem Toilettengang, nach dem Windelwechsel, nach der Pflege eines kranken Kindes oder Elternteils, nach dem Naseputzen, dem Kontakt mit Tieren und nach dem Spielen draußen Pflicht sein [vgl. Hygiene].

Der Verbreitung von ansteckenden Krankheiten muss auch durch die strikte Hygiene von Gegenständen vorgebeugt werden. Vor allem Waschbecken und Toiletten und durch Fäkalien oder Erbrochenes verschmutzte Gegenstände sind zu desinfizieren. Zur Reinigung sollten Gummihandschuhe und Einwegtücher verwendet werden. Bettwäsche sollte bei mindestens 60°C gewaschen werden. Laut der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung ist keine besondere Reinigung von Geschirr notwendig [vgl. Hygiene].

Grippale Infekte werden meist durch Tröpfcheninfektion übertragen. Daher ist der regelmäßige Luftaustausch durch Stoßlüften drei- bis viermal am Tag wichtig. Durch regelmäßiges und richtiges Lüften kann die virushaltige Raumluft reduziert werden. So kann die Gefahr einer Ansteckung verringert werden. Die Kinder sollten während der Lüftung vor Zugluft geschützt werden [vgl. Hygiene].

Um die gesetzlichen Hygienevorschriften zu erfüllen, muss in der Kita ein Hygieneplan erstellt, jedem zugänglich gemacht und umgesetzt werden. Weiterhin sind regelmäßige, mindestens jährlich durchgeführte Hygienebelehrungen und eine regelmäßige Hygienekontrolle durch Begehung der Kita vorgeschrieben. Die Belehrung ist schriftlich zu dokumentieren [vgl. Hofmann/Kober/Kohlstock 2011, 5].

3.3.4 Ansteckende und chronische Krankheiten

Das Kindesalter gilt als ein relativ gesunder Lebensabschnitt. Infektionskrankheiten, die früher ein großes Problem darstellten, sind unter anderem dank entsprechender Impfungen stark rückläufig. Ebenso ist die Säuglings- und Kindersterblichkeit in Deutschland deutlich zurückgegangen. Dennoch ist eine Kita für Kinder und Erwachsene der Ort, an dem durch die räumliche Nähe aller Beteiligten das höchste Ansteckungsrisiko herrscht. Hinzu kommt, dass viele Eltern keine Zeit haben, ihr krankes Kind zu pflegen und sie es nirgendwo unterbringen können, wenn sie arbeiten müssen. Sie versuchen daher oft, ihr Kind auch krank in die Kita zu geben. Die Erzieherinnen, wie schon erwähnt, bleiben ihrerseits trotz Erkrankung nicht zu Hause, weil sie sich angesichts der hohen Arbeitsbelastung mit ihren Kolleginnen solidarisch fühlen. Beides erhöht die Verbreitungsgefahr von ansteckenden Krankheiten erheblich.

Das Infektionsschutzgesetz (IfSG) regelt, wie in Gemeinschaftseinrichtungen mit Infektionskrankheiten umzugehen ist. In Kitas gibt es jedoch noch zusätzliche Maßnahmen, die zur Verhütung von Ansteckungen ergriffen werden können [vgl. Kranke Kinder in der Kita].

Wichtig sind klare und transparente Regelungen über die Rechte und Pflichten von Kita-Beschäftigten und Eltern im Krankheitsfall. Eltern müssen wissen, wann Kinder abgeholt werden müssen, zum Beispiel bei Fieber, Erbrechen oder entzündeten Augen. Auch muss geklärt werden, wann ein Attest für die Rückkehr in die Kita benötigt wird. Wenn diese Vorgaben klar, zum Beispiel zusammen mit dem Betreuungsvertrag, kommuniziert werden,

haben die Eltern die Möglichkeit, sich an die Vereinbarungen zu halten [vgl. Kranke Kinder in der Kita].

Die Erreichbarkeit von Eltern muss gewährleistet sein. Deswegen sind die Telefonnummern auf Aktualität zu prüfen und auch die Verfügbarkeit von anderen Bezugspersonen, die das kranke Kind abholen. Auch Notfallnummern für den Giftnotruf müssen griffbereit sein.

Kitas sollten das Gespräch mit Ärzten suchen, die Kinder gehäuft zu früh wieder gesundschreiben, damit die Rückfallquote von Kindern nicht erhöht wird [vgl. Kranke Kinder in der Kita].

Bei einer Welle von hochakuten ansteckenden Krankheiten wie Masern sind ausführliche Informationen über die Krankheit für die Eltern sinnvoll. Diese können mehrsprachig am schwarzen Brett ausgehängt werden. Es können aber auch kurzfristige Informationsveranstaltungen einberufen werden, in denen die Fragen der besorgten Eltern beantwortet werden können [vgl. Kranke Kinder in der Kita].

Auch Vorbeugung durch Informationen bei Elternversammlungen, wie vor Beginn der Grippezeit hilft, die Ausbreitung von Krankheiten zu verhindern. Hier können grundsätzliche Verhaltensregeln vermittelt werden. Es kann auch ein Kinderarzt eingeladen werden, der die Fragen der Eltern ausführlich beantworten kann. Die Veranstaltungen können auch zu Themen wie Hausmittel, Impfen oder Hygienemaßnahmen durchgeführt werden [vgl. Kranke Kinder in der Kita].

Chronische Krankheiten und Allergien werden auch bei kleinen Kindern immer häufiger. Hier gelten die gleichen Vorsichts- und Handlungsmaßnahmen wie bei den anderen Krankheiten. Es ist von den Eltern ein ärztliches Attest vorzulegen, das für alle Beschäftigten sichtbar sein muss, damit auf die speziellen Bedürfnisse des Kindes Rücksicht genommen werden kann. Dieses Attest ist auch im Fall einer Nahrungsmittelunverträglichkeit oder Allergie vorzulegen. Dies muss besonders dem Küchenpersonal bekannt gemacht werden [vgl. DGE 2011, 20].

3.3.5 Gewaltprävention

Der erzieherische Kinder- und Jugendschutz ist im § 14 SGB VIII und im BGB § 1631, Abs.2 gesetzlich geregelt. Die Realität sieht jedoch oft genug anders aus. Dadurch wird Gewaltprävention auch zur Aufgabe für Kitas.

Um wirksame Gewaltprävention zu betreiben, ist es wichtig, frühzeitig das soziale Verhalten und damit auch die Handlungs- und Kommunikationsfähigkeit und das Selbstwirksamkeitsgefühl von Kindern durch Partizipation zu stärken. Durch die Entwicklung sozialer Emotionen und kognitiver Fähigkeiten werden die Kinder selbstbewusster und kompetenter. Dies ist wichtig, weil aggressives Verhalten oft aus Hilfslosigkeit resultiert. Um das Selbstvertrauen zu fördern, sollte ein Kind als grundsätzlich kompetent angesehen werden, sich die Welt anzueignen, und der Bildungsauftrag sich darauf beschränken, es auf dem Weg zu begleiten. Partizipation bedeutet, dass die Kinder Bildungsprozesse mitgestalten und nicht nur von den Erzieherinnen, sondern auch von anderen Kindern lernen. Um sich optimal entwickeln zu können, brauchen sie entwicklungsfördernde Beziehungen. Zur Förderung der sozialen Fähigkeiten des Kindes arbeiten die Kitas mit den Eltern partnerschaftlich zusammen [vgl. Gewaltprävention 2011, 14].

Um grenzendes Verhalten, sexuellen Übergriffen und körperlicher Gewalt vorzubeugen, sind klare, kindgerechte Regeln wichtig, die auch den jüngsten Kindern ermöglichen, sich erfolgreich vor jeder Form von Gewalt zu schützen. Neben Bewegungsförderung und der Stärkung des Selbstwertgefühls ist das Erlernen von Emotionswahrnehmung wichtig. Kinder müssen außerdem ihre Identität als Junge und Mädchen im Rahmen des Gender Mainstreaming lernen, aber auch Bewusstseinsbildung und –äußerung sowie das Setzen von Grenzen, Stressregulation, Entspannung und respektvolle Interaktion [vgl. Gewaltprävention 2011, 14].

Da Kinder gewalttätige Interaktionsformen oft von ihren Eltern lernen, ist auch Antiaggressionstraining für Eltern ein wichtiger Bestandteil der Gewaltprävention in Kitas [vgl. Gewaltprävention 2011, 13].

Die Stadt Köln arbeitet in der Gewaltprävention mit Arbeitsprinzipien, die auch gut in der Gesundheitsförderung für Kinder angewendet werden können:

- Beziehungsarbeit ist ein Prinzip, das ein kontinuierliches Beziehungsangebot fordert. Eltern und Kinder müssen immer wieder zum Mitmachen eingeladen werden.
- Ressourcenorientiertes Arbeiten holt Kinder da ab, wo sie sich in ihrem Entwicklungsstand befinden, um Überforderung zu vermeiden.
- Netzwerkarbeit übt die methodische Vernetzung, damit die Kinder möglichst unterschiedliche Menschen kennenlernen.
- Der Peergruppenansatz geht davon aus, dass Kinder von Kindern lernen und sie daher selbst Vorbildfunktion übernehmen.

- Der tägliche Aushandlungsprozess bedeutet, dass die Nutzung von Angeboten freiwillig ist. So werden Selbstreflexion und Selbstverantwortung gefördert.
- Managing Diversity soll soziale Diskriminierung verhindern, Vorurteile abbauen, kulturelle und soziale Ressourcen entdecken helfen und die Chancengleichheit erhöhen.
- Das Prinzip von Empathie und Akzeptanz fördert die persönliche Wertschätzung, die menschliche Anteilnahme und die Akzeptanz der kindlichen Lebensäußerungen.
- Freiwilligkeit und Partizipation stärken die Selbstwirksamkeitswahrnehmung, Selbstbestimmung, und die aktive Beteiligung.
- Nichtbeschuldigung besagt, dass nicht der Täter als Person verurteilt wird, sondern nur die Tat geahndet wird.
- Das Diskretionsprinzip bietet Kindern einen sicheren Schutzraum. Was sie von sich geben, unterliegt dem Diskretionsprinzip [vgl. Gewaltprävention 2011, 17f.].

Kinder können auch sexueller Gewalt ausgesetzt sein. Sexuellen Übergriffen auf Kinder durch die Beschäftigten ist zu begegnen, indem besondere Sorgfalt bei der Personalauswahl, z.B. auch durch erweiterte Führungszeugnisse, geübt wird.

Scheitert die Gewaltprävention, wird die Opferhilfe zu einer wichtigen Aufgabe in einer Kita. Opferhilfe beinhaltet medizinische, psychotherapeutische, rechtliche und finanzielle Hilfe, außerdem Unterbringung zum Beispiel in Frauenhäusern und Gewaltschutzzentren. Zusätzlich muss die psychosoziale Beratung und Begleitung gewährleistet sein [vgl. Gewaltprävention 2011, 22f.].

Auch in Gewaltpräventionsmaßnahmen ist Qualität wichtig: eine klare Zieldefinition, Partizipation, genaue und kindgerechte Beschreibung der Maßnahmen, der Nachweis der fachlichen Qualifikation der Mitarbeiter, begleitende Fachberatung, geschlechtsspezifische Angebote für Mädchen und Jungen, und die realistische Durchführbarkeit der Programme sind wichtige Kriterien für eine gelungene Gewaltprävention. Wie auch in anderen GM-Maßnahmen sind diese zu dokumentieren, auszuwerten und der Erfolg von Maßnahmen und Projekten zu überprüfen [vgl. Gewaltprävention 2011, 25f.].

3.3.6 Resilienzförderung

Belastungen zu verringern und Ressourcen zu stärken ist eine zentrale Aufgabe der Gesundheitsförderung.

Kinder sind ihrer Umwelt oft wehrlos ausgeliefert. Wenn sie in ein familiäres Umfeld hineingeboren werden, in dem sie gehäuft negative Erfahrungen machen, die Lebensumstände feindlich sind oder Vulnerabilitätsfaktoren die Entwicklung des Kindes beeinträchtigen, kann es Stress nicht mehr bewältigen und wird verwundbar. Je früher ein Kind durch Risikofaktoren belastet wird, desto stärker wird seine Entwicklung beeinträchtigt. Oft kommen im Laufe der Zeit weitere Belastungsfaktoren hinzu, „die teilweise mit den bereits bestehenden zusammenhängen. Besonders gefährlich ist es, wenn Risikofaktoren kontinuierlich (Chronizität), gehäuft (multiples Risiko) oder sehr früh auftreten“ [Brandl 2012, 4].

Nicht nur besonders negative Umstände oder Ereignisse beeinflussen die kindliche Entwicklung. Auch die Bewältigung von Übergängen wie den Eintritt in den Kindergarten können eine Belastung darstellen, und Kinder sind in solchen Phasen besonders anfällig für die Ausbildung von Entwicklungsstörungen [vgl. Brandl 2012, 14]. Allerdings sind schwierige Situationen im Leben von Kindern nicht grundsätzlich ein Nachteil. Kinder brauchen Herausforderungen, um Verhaltensweisen zu erwerben, die sich dann in späteren Stresssituationen als hilfreich erweisen können.

Resilienz besagt, dass Menschen in schwierigen Lebensumständen Bewältigungskompetenzen aktivieren, die ihnen helfen, Belastungen relativ unbeschadet zu überstehen. Resilienz dabei ist keine Unverwundbarkeit oder Härte, sondern eine ausreichende Widerstandsfähigkeit, die Stress und Belastungen erfolgreich zu bewältigen hilft.

Resilienz ist auch keine angeborene Fähigkeit, sondern entwickelt sich, wenn ein Mensch durch eigene Handlungen oder durch Erlebnisse mit seiner Umwelt Fähigkeiten erwirbt, die ihm Bewältigungskompetenz vermitteln. Resilienz kann lebenslang gelernt und verlernt werden [vgl. Richter-Kornweitz/Altgeld 2011, 23].

Für die Entwicklung von Resilienz müssen Ressourcen vorhanden sein, die auch Schutzfaktoren genannt werden. Sie können eine gesunde Entwicklung trotz Risikofaktoren fördern. Als resilienzfördernd gilt ein ausgewogenes Verhältnis von Schutz- und Risikofaktoren.

Die Schutzfaktoren finden sich auf der individuellen Ebene in den Persönlichkeitsmerkmalen des Kindes, in den Merkmalen seiner engeren sozialen, familiären Umwelt und dem außerfamilialen Stützsystem der Lebenswelt außerhalb der Familie [vgl. Richter-Kornweitz/Altgeld 2011, 22].

Kitas können auf allen drei Ebenen der Resilienzförderung ansetzen. Kitas bieten ein verlässliches Stützsystem für Kinder, sie können aber auch auf die familiären Verhältnisse einwirken und außerdem dem Kind neben enger emotionaler Bindung an die Fachkräfte ein angemessenes Bewältigungsverhalten bei Konflikten und Belastungen vermitteln. Auch ein konsequentes und dabei offenes Erziehungsverhalten mit emotionaler Wärme stärkt die Widerstandskraft von Kindern. Weiterhin ist die Grundversorgung, also die Erfüllung elementarer Bedürfnisse nach Nahrung, Bewegung, Ruhe, und sozialem Kontakt mit Gleichaltrigen ein wichtiger Resilienzfaktor. Kitas bieten aber nicht nur den Kindern die Erfahrung von sozialer Unterstützung außerhalb der eigenen Familie, sie ermöglicht auch Eltern Zugang zu Unterstützung und Informationen und kann damit Kindern und Eltern eine wichtige Hilfe zur Bildung von Resilienz sein. Auch Aktivitäten, die zum Familienzusammenhalt beitragen und die Stimmung innerhalb der Familie verbessern, wirken resilienzfördernd. Die Kita kann Eltern dazu anleiten, gemeinsame Mahlzeiten einzunehmen und etwas zusammen zu unternehmen [vgl. Richter-Kornweitz/Altgeld 2011, 23].

Die Basiskompetenzen, die als personale Ressourcen bezeichnet werden, sind eine positive Selbstwahrnehmung, das Gefühl, Ereignisse kontrollieren zu können und das Vertrauen, Ziele selbst erreichen zu können. Eine gute Körperwahrnehmung, die Fähigkeit, eigene Emotionen zu erkennen und zu benennen und das Gefühl von Selbstwirksamkeit ermuntert das Kind zur aktiven Teilnahme am Kita-Geschehen, was sich wiederum förderlich auf sein Selbstbewusstsein auswirkt. Ein weiteres wichtiges Merkmal von Resilienz ist die Fähigkeit zur Selbstregulation. Wenn ein Kind extremen Belastungen oder Außenreizen ausgesetzt ist, hilft es, wenn es sich selbst beruhigen, sich innerlich distanzieren oder wirksam ablenken kann, um sich so vor Überforderung zu schützen [vgl. Richter-Kornweitz/Altgeld 2011, 24]. Da schon Babys sich für bestimmte Gegenstände interessieren und nachweislich einzelne Spielsachen anderen vorziehen, können Kitas die Bildung von Interessen und Hobbies fördern. Diese stellen in Belastungssituationen eine Ressource dar, um sich abzulenken, zu entlasten und so Stresssituationen besser bewältigen zu können. Ein Kind, das sich selbst beruhigen oder anregen kann, ist auch in der Lage, eine Situation aus verschiedenen Perspektiven zu betrachten und Lösungen zu entwickeln. Das fördert die Fähigkeit zur

Lebensbewältigung und stärkt damit das Selbstvertrauen. Dies kann in der Kita in vielen kleinen Lebenssituationen gefördert werden. Kindern sollte aus diesem Grund nicht zu früh geholfen werden. Sie sind genau zu beobachten, so dass selbst kleine Erfolge von den Erzieherinnen wahrgenommen und gelobt werden können. Als sehr wirkungsvoll hat sich die Einführung von Kinderkonferenzen herausgestellt. Kinder lernen, dass sie einen Einfluss auf das sie umgebende Geschehen nehmen können. So lernen sie Selbstständigkeit und Selbstbewusstsein und erfahren, dass ihre Bedürfnisse ernst genommen werden. Die demokratische Form der Konferenz lehrt sie außerdem die konstruktive Lösung von Problemen und Konflikten und die gemeinsame Lösungssuche [vgl. Richter-Kornweitz/Altgeld 2011, 25].

Die körperlichen Gesundheitsressourcen stellen wichtige Schutzfaktoren dar. Kinder brauchen, um stark sein zu können, eine gesunde Ernährung, ausreichend Schlaf und Bewegung. Dies kann ihnen zumindest teilweise auch eine Kita bieten [vgl. Brandl 2012, 14].

3.3.7 Empowerment

Empowerment ist der zentrale Baustein für die Gesundheitsförderung von Kindern und durchdringt alle anderen Gesundheitsbereiche. Denn durch Befähigung im Bereich der Ernährung, Bewegung, Hygiene, Partizipation und der Ausbildung von Resilienz erhalten Kinder das Gefühl von Selbstwirksamkeit und damit das Selbstbewusstsein, selbständig Ihre Bedürfnisse erkennen, erfüllen und für Ihre Rechte einstehen zu können [vgl. Richter-Kornweitz/Altgeld 2011, 32].

Das Wort Empowerment umschreibt die Befähigung zu selbstbestimmtem Handeln. Es setzt bei Erzieherinnen und Eltern die Einstellung voraus, dass auch kleine Kinder eigenständige Persönlichkeiten sind, die darin begleitet werden, zunehmend mehr Handlungsmöglichkeiten und Fähigkeiten zu entwickeln, die ihnen die autonome Lebensgestaltung ermöglichen. Empowerment kann gefördert werden, indem die Erzieherinnen die Kinder eigenen Lösungen finden lassen [vgl. Richter-Kornweitz/Altgeld 2011, 12]. Um Kindern zu ermöglichen ihre eigenen, teilweise verborgenen oder unterdrückten Talente zu aktivieren und sich mehr zu beteiligen, können die Fachkräfte die Kinder ermutigen, ihr Lebensumfeld zu erobern und selbst zu gestalten. Das stärkt die Handlungs- und Problemlösefähigkeit und die Kooperation der Kinder wird verbessert. Um dies zu fördern, können Erzieherinnen auch Fragen stellen, statt den Kindern fertige Antworten zu präsentieren [vgl. Richter-Kornweitz/Altgeld, 2011, 27].

Die Problematiken und die Lösungsansätze der Handlungsfelder sind in der Theorie einfach nachzuvollziehen. Doch wie sieht die tatsächliche Umsetzung der Gesundheitsförderung rund um die Kita aus? Das nächste Kapitel veranschaulicht das Gesundheitsmanagement in den AWO-Kitas, wie diese das QM mit den gesundheitsfördernden Leitbildern der AWO einbauen und umsetzen.

4 Gesundheitsmanagement in der AWO

4.1 AWO als Organisation

Die AWO gehört zu den sechs großen Wohlfahrtsverbänden Deutschlands. 1919 erhielt Marie Juchacz vom SPD-Parteiausschuss die Erlaubnis, den Hauptausschuss der Arbeiterwohlfahrt zu gründen. Dieser hatte das Ziel, die Arbeiterschaft bei der Wohlfahrtspflege mitwirken zu lassen und gleichzeitig die soziale Auffassung der Arbeiterschaft durchzusetzen. Hierzu gehörten auch die gesetzliche Fundierung der Wohlfahrtspflege und deren professionelle Durchführung [vgl. AWO – Historie].

Da die AWO aus der Arbeiterbewegung entstand, legte sie den Schwerpunkt auf politisches Handeln mit dem Ziel, die Lebensbedingungen der benachteiligten sozialen Schichten zu verbessern [vgl. Müller 2012, 7]. Sie hat sich außerdem sozialen Aufgaben verpflichtet, die dazu beitragen, den demokratischen sozialen Rechtsstaat zu realisieren [vgl. AWO – Grundsatzprogramm, 7].

Die Kinderhilfe spielte von Anfang an eine große Rolle in der Arbeit der AWO [vgl. AWO – Historie]. In der Gründungszeit gab es viele Missstände für Kinder, zum Beispiel Kindesmissbrauch und Kinderarbeit. Kinder wurden in den 1920er Jahren auch von der Gesetzgebung vorwiegend als Eigentum der Eltern aufgefasst, mit dem sie machen konnten, was sie wollten [vgl. Müller 2012, 11]. Kinder konnten erst dann den Eltern fortgenommen werden, wenn diese den Erziehungsauftrag nicht erfüllten. War dies der Fall, wurden die Kinder (meist unfreiwillig) in Heime eingewiesen. Das Erziehungspersonal war oft nicht ausreichend ausgebildet und entsprechend überfordert. So galt in den Heimen die Prügelstrafe als probates Erziehungsmittel. Das führte zusammen mit Dunkelzellenarrest und schlechtem Essen zu immer wiederkehrenden Heimrevolten. Diese Verhältnisse waren schon in der Kaiserzeit problematisch. Die Arbeiterwohlfahrt half nun aber, ein Netz von

Jugendämtern aufzubauen, das die Rechte der Kinder und Jugendlichen vertreten sollten [vgl. Müller 2012, 9]. Sie reagierte außerdem auf diese Missstände, indem sie vorbildliche Erziehungs- und Erholungsheime aufbaute. Die Vorbildlichkeit der Heime ging auf die Bedingung des Parteivorstands der SPD an den Hauptausschuss der Arbeiterwohlfahrt zurück, dass die AWO nur dann eine eigene Einrichtung gründen und führen dürfe, „wenn es sich um beispielhafte und grundsätzliche Neuerungen handeln würde, die gegenüber der gängigen Praxis den Geist einer neuen Zeit sinnbildhaft ausdrückten“ [Müller 2012, 11].

Heute ist die AWO in allen sozialen Bereichen tätig. Der AWO Bundesverband ist in 30 Bezirks- und Landesverbände gegliedert, die wiederum 480 Kreisverbände und 3800 Ortsvereine unter ihrem Dach vereinen. 2011 hatte die AWO 382.000 Mitglieder, davon waren 70.000 ehrenamtlich und 173.000 hauptamtlich tätig. Seit der Wiedervereinigung ist die AWO bundesweit tätig und unterhält mehr als 14.000 Einrichtungen. Hierzu gehören Heime, Tagesstätten für Kinder, Jugendliche, Behinderte, Arbeitslose und Senioren, Auskunfts- und Beratungsstellen für Migrant/innen, Arbeitslose, Familien, Schwangere, Senioren, Behinderte und Jugendliche, ambulante Dienste wie sozialpflegerische Dienste, und Werkstätten aller Art. Die AWO ist außerdem Trägerin von über 2.000 Heimen für Senioren, Behinderte, Kinder und Jugendliche und Migrant/innen, aber auch Erholungs- und Kurheime, Frauenhäusern und Aus-, Fort- und Weiterbildungsstätten. Unter dem Dach der AWO vereinen sich außerdem über 3.500 Selbsthilfegruppen und andere Einrichtungen des bürgerschaftlichen Engagements. Hierzu gehören auch Seniorengruppen und Jugendclubs. Gruppen für chronisch Kranke und Behinderte, gesundheitliche Gruppen, Freiwilligenbüros oder Helfergruppen für besondere Notlagen wie Schuldnerberatung, Frauen-Selbsthilfe, Arbeitslosen-Selbsthilfe und Familienhilfe. Die AWO verfügt zudem über ein breitgefächertes Netzwerk von über 800 kooperierenden Einrichtungen, Initiativen und Organisationen, und sie hat ein eigenständiges Jugendwerk für Kinder und Jugendliche, das Bundesjugendwerk. Über 800 selbstständige Einrichtungen, Initiativen und Organisationen haben sich der AWO auf allen Ebenen als korporative Mitglieder angeschlossen [vgl. AWO – Zahlen und Fakten].

4.2 AWO Qualitätsmanagement

4.2.1 AWO Leitlinien

Durch die gesellschaftlichen und gesetzlichen Veränderungen kommt es auch im Sozial- und Gesundheitswesen zu einer immer stärkeren Wettbewerbsorientierung und der sogenannten Ökonomisierung des Gesundheitswesens [vgl. Grundlagen AWO-QM, 1]. Soziale

Dienstleistungen müssen nun die Verwendung öffentlicher Mittel legitimieren und somit Transparenz gewährleisten. Dies gilt nicht nur im buchhalterischen Sinne nachzuweisen, wohin die Gelder fließen. Die Unternehmen müssen belegen, dass die von ihnen verwendeten Methoden den gewünschten Nutzen bringen. Außerdem ist nun gefordert, wettbewerbsorientiert denken und handeln zu können und den Qualitätsanforderungen der Nutzer/innen zu entsprechen.

Somit steht die AWO, wie auch die anderen Unternehmen aus dem Gesundheitswesen, vor den Herausforderungen, für die weitgehend gleiche Wettbewerbsbedingungen herrschen. Um sich positiv vom Markt abheben zu können, ist die Imagebildung und damit verbundene Wahrnehmung von Qualität im Hinblick auf die Marke AWO eine wichtige Aufgabe. Qualitätsstandards müssen für die Nutzer zugänglich sein, um wahrgenommen werden zu können, und hierzu gehört, dass man die „Qualitätsstandards beschreiben und sichern, seine Wirkungen und Ergebnisse nachweisen und seine Steuerungsfähigkeit bei Veränderungen unter Beweis stellen kann“ [Grundlagen AWO-QM, 2].

Zur Umsetzung eines hochwertigen Qualitäts-, und damit auch Gesundheitsmanagements, gehört die Verwendung von fortschrittlichsten Managementmethoden, um die Qualität optimal steuern und bereitstellen zu können. Die AWO hat frühzeitig auf die gesellschaftlichen und politischen Änderungen reagiert und ist bereits seit dem Ende der 1990er Jahre mit der Einrichtung eines verbandsübergreifenden QMs beschäftigt [vgl. Grundlagen AWO-QM, 2]. Die AWO konzentrierte sich hierbei vor allem auf die Weiterentwicklung der bereits vorhandenen Qualität, indem der PDCA-Zyklus und das Prinzip der KVP eingeführt wurden. Beides soll die Nachhaltigkeit der Qualitätsentwicklung gewährleisten.

Da die AWO zu einem beachtlichen Teil aus ehrenamtlichen Mitarbeitern besteht, die eigenverantwortlich zu arbeiten gewöhnt sind, lag die besondere Herausforderung darin, die Eigenverantwortung mit den übergreifenden Qualitätszielen des Verbandes zu verbinden [vgl. Grundlagen AWO-QM, 2].

Aus der Spannung zwischen der gesetzlich verordneten Ökonomisierung des Gesundheitswesens und dem sozialpolitischen Idealismus eines Mitgliedervereins entstand die Leitbilddiskussion, der die handlungsleitenden Werte und Überzeugungen mit den aktuellen politischen und gesellschaftlichen Entwicklungen harmonisieren sollte [vgl. Grundlagen AWO-QM, 3]. Ende der 1990er Jahre wurde daher von den Bundesgremien beschlossen, ein QM-Konzept einzuführen, um die Zukunftsfähigkeit der AWO zu sichern.

Weil auch die Leitbilder der AWO berücksichtigt sein sollten, wurde ein eigenes AWO-QM-Konzept entwickelt und vom Bundesvorstand der AWO 1999 beschlossen. Die Grundgedanken des Konzepts sind:

- „Qualität braucht Management,
- Qualität braucht Leitbild,
- Qualität braucht verbandliche Steuerung“ [AWO - QM Grundlagen, 3].

Dieses sogenannte Tandem-Prinzip der AWO verknüpft die ökonomischen Anforderungen an das Qualitätsmanagement und die Leitideen des Verbandes, indem es die DIN EN ISO 9001:2008 mit den Werten der AWO zu einem Gesamtkonzept verbindet. [vgl. AWO – Grundlagen AWO-Normen, 2f.]



Abbildung 3: AWO-Tandem-Prinzip

[URL: www.zwergen-aufstand.de/index.cfm?contentid=28 (Stand: 20.01.2014)]

Das Tandem-Prinzip ist ein Konzept, das Bereiche in das QMS einbezieht:

- „Personalmanagement
- Finanzmanagement
- Risikomanagement
- Management von Gebäuden und Sachausstattungen
- Management freiwilliger sozialer Arbeit
- Sozialmarketing“ [AWO-Normen, 10]

Das QM-Konzept der AWO baut auf einem Leitbild auf, das sich in den sieben Leitorientierungen formuliert. Auf ihnen basiert alles Handeln in der AWO. Die Leitzsätze benennen Ziele, Aufgabenverständnis und die Methoden der Arbeit. Sie dienen dazu, den Diskurs innerhalb der AWO zu fördern und das tägliche Handeln danach auszurichten. Sie gelten für alle Mitglieder und Mitarbeiter der AWO und des Bundesjugendwerks [vgl. AWO-Grundsatzprogramm, 9].

Die Leitorientierungen lauten:

- Orientierung am humanistischen Menschenbild

Die Ideale Freiheit, Gleichheit und Solidarität werden in der AWO noch durch die Begriffe Gerechtigkeit und Toleranz erweitert. Mit Toleranz ist die Freiheit in der Meinungsäußerung, der Religion und der Weltanschauung gemeint. Jeder sollte so leben können, wie er möchte [vgl. AWO-Grundsatzprogramm, 10].

Freiheit ist im Grundsatzprogramm der AWO definiert als „frei zu sein von entwürdigenden Abhängigkeiten, von Not und Furcht. Freiheit bedeutet, die Möglichkeit zu haben individuelle Fähigkeiten zu entfalten und an der Entwicklung eines demokratischen, sozial gerechten Gemeinwesens mitzuwirken. Nur wer sich sozial gesichert weiß, kann die Chancen der Freiheit nutzen“ [AWO – Grundsatzprogramm, 10].

Gleichheit ist bei der AWO definiert als die rechtliche, politische, soziale und gesellschaftliche Gleichheit [vgl. AWO – Grundsatzprogramm, 10].

Für die Gerechtigkeit fordert die AWO den „Ausgleich in der Verteilung von Arbeit und Einkommen, Eigentum und Macht, aber auch im Zugang zu Bildung, Ausbildung und Kultur“ [AWO – Grundsatzprogramm, 10].

Es wird Solidarität praktiziert und die Verantwortung der Menschen für die Gemeinschaft gestärkt, Hilfe zur Selbsthilfe für alle Menschen, die Unterstützung benötigen, ist also Ziel des Handelns [vgl. AWO – Grundsatzprogramm, 11].

- Beteiligung der Kunden

Die Partizipation des Kunden leitet die AWO aus den Idealen der Arbeiterbewegung ab [vgl. AWO-Normen, 6]. Das Recht und die Fähigkeit zur Selbstbestimmung, bei der die AWO lediglich eine unterstützend-beratende Rolle einnimmt, die dem Menschen Hilfe zur

Selbsthilfe bietet, um seine Autonomie zu ermöglichen, erfordern auch Qualitätsmaßnahmen wie Kundenbefragen, Kundenfreundlichkeit der Dienstleistungen, die Möglichkeit für Kunden, sich wirksam beschweren zu können und die Dienstleistungen an die Kundenwünsche anzupassen [vgl. AWO-Normen, 7]. Lotte Lemke, eine wichtige Persönlichkeit in der AWO, formulierte, dass es in der AWO „keine Opfer und Almosen, kein Von-oben-Geben und Von-unten-Empfangen, sondern nur die gleiche Ebene menschlicher Solidarität“ gebe [AWO-Normen, 7]. Damit ist der Kunde ein wertgeschätzter vollwertiger Partner bei der AWO.

- Wirtschaftlichkeit

Die AWO legt Wert darauf, ihre Unabhängigkeit und Eigenständigkeit zu bewahren. Transparenz und Kontrolle der Arbeit werden gewährleistet. Die AWO arbeitet nach betriebswirtschaftlichen Grundsätzen, stellt jedoch den Menschen in den Mittelpunkt [vgl. AWO-Normen, 7f.].

- Beteiligung der Mitarbeiter

Für die sozialen Dienstleistungen in hoher Qualität sind die haupt- und ehrenamtlichen Mitarbeiter in gleicher Weise wichtig. Für diese gilt ebenso wie für die Kunden das Prinzip der Mitbestimmung. Als Experten können sie die Methoden und Prozesse der AWO verbessern und so für die Zukunftsfähigkeit der AWO sorgen [vgl. AWO – Normen, 8].

- Fachlichkeit des Handelns

Fachliche Kompetenz, innovatives Denken, Handeln und Verlässlichkeit gehören ebenso zum Selbstverständnis der AWO. Diese werden durch die ehren- und hauptamtlichen Mitarbeiter der AWO bereitgestellt. Hierfür bietet die AWO stetige Fortbildung der Mitarbeiter/innen durch interne und externe Qualifizierungsmaßnahmen an. [vgl. AWO-Normen, 8f.]

- Gesellschaftliche Verantwortung

Ziel des ehrenamtlichen und professionellen Handelns der AWO ist der Kampf für eine sozial gerechte Gesellschaft. Hierfür definiert die AWO Solidarität als das Überwinden der „Gleichgültigkeit gegenüber dem Schicksal anderer“ [AWO – Grundsatzprogramm, 9]. Die praktische Hilfestellung der AWO soll verlässlich jedem offenstehen. Das beinhaltet auch Hilfestellung, um zu seinem Recht zu kommen. Die AWO setzt sich als Interessenvertretung in allen politischen Ebenen für die Lösung sozialer Probleme auf staatlicher und kommunaler Ebene ein. Zusätzlich wird der Selbsthilfegedanke unterstützt.

Gefördert wird demokratisches und soziales Denken und Handeln, das an gesellschaftlichen Visionen orientiert ist. Dementsprechend organisiert sich die AWO auch auf Vereinsbasis demokratisch und föderativ. Dies gilt auch für die Mitbestimmung von Kindern und Jugendlichen.

Menschen sollen ihr Leben eigenständig und verantwortlich gestalten, und es werden alternative Lebenskonzepte gefördert. Menschen, die zur AWO kommen, bleiben selbstverantwortlich und werden lediglich in ihrer Lebensgestaltung unterstützt und beraten. [vgl. AWO-Normen, 9f].

- Schonung natürlicher Ressourcen

Nachhaltigkeit und sorgsamer Umgang mit Ressourcen in sozialer, wirtschaftlicher, ökologischer und internationaler Verantwortung dient dem wirtschaftlichen Fortschritt, der wiederum für stabile soziale Verhältnisse sorgt. Diese werden national und international angestrebt.

Die AWO-Normen stehen gleichberechtigt neben den ISO-Normen [vgl. AWO-Normen, 10].

In ihrem Grundsatzprogramm verpflichtet sich die AWO außerdem auf ein Gesundheitsverständnis entsprechend der WHO-Charta von Ottawa von 1986: „Gesundheit ist der Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur das Freisein von Krankheiten und Gebrechen“ [AWO-Grundsatzprogramm, 17].

Die AWO schließt in diese Definition auch das materielle Wohlbefinden ein, für das sie sich politisch stark macht.

Um salutogenetische Gesundheitsförderung zu betreiben, fördert die AWO Vorbeugung und die Umsetzung eines ganzheitlichen Gesundheitsverständnisses, das im Lebensumfeld des Einzelnen sowohl auf der Verhaltens- als auch auf der Verhältnisebene ansetzt.

Neben einer verbesserten Gesundheitsversorgung werden auch die Stärkung sozialer Netze und der Selbsthilfe gefördert [vgl. AWO-Grundsatzprogramm, 17].

4.2.2 AWO Standards

Die Gesundheitsförderung in den AWO-Kitas baut auf dem AWO-Tandem-Prinzip auf, das per Beschluss auf der Bundesebene verbandsübergreifend eingeführt wurde. Nachdem das AWO-QM-Konzept festgelegt und ein Anforderungskatalog erstellt wurde, wurde die Anforderung nach einer AWO-QM-Zertifizierung für alle ausgegliederten Einrichtungen und

Dienste festgelegt. [vgl. Grundlagen AWO-QM, 10]. Aufgrund der Größe der AWO wurden Übergangsfristen eingeräumt, innerhalb derer die Zertifizierung erfolgt sein musste. Wenn die Zertifizierung erfolgreich war, erhalten die Einrichtungen das AWO-Signet.

„Der Begriff AWO bzw. die Marke AWO sind im Wesentlichen die symbolische Entsprechung der Verbandsziele und des Leitbildes der AWO“ [Grundlagen AWO-QM, 10]. „Ausgegliederten, aber nicht zertifizierten sozialen Betrieben der AWO wird daher – nach Ablauf der Übergangsfristen – das Recht der Verwendung des AWO-Signet untersagt sein“ [AWO - Grundlagen AWO-QM, 11].

Daraus lässt sich ableiten, dass das AWO-Signet derzeit noch keinen verlässlichen Rückschluss auf die Kita zulässt, die dieses Logo trägt. Denn es sind nicht alle AWO-Kitas zertifiziert, und die Übergangsfristen sind noch nicht abgelaufen.

Der AWO Landesverband Hamburg nennt für seine Kitas neun Qualitätsversprechen, die den AWO Leitlinien entsprechen und die Qualitätsvorstellungen der AWO wiedergeben [vgl. AWO – Rahmenkonzeption 2011, 12]. Ein Positionspapier der AWO greift diese Qualitätsforderungen für Kitas auf und zeigt damit auch die Handlungsfelder in der Kita-Landschaft [vgl. AWO-Kita Standards 2012].

1. Die Kita ist ein Ort der Bildung und Begegnung für Kinder, Familien und Mitarbeiter/innen. Ein Ort der Bildung und Begegnung setzt einerseits geeignete Räumlichkeiten, andererseits die Befähigung zur Bildung und die Möglichkeit der Zuwendung zu den Kindern voraus. Erzieherinnen müssen angemessen ausgebildet und damit auch für den Bildungsauftrag befähigt sein. Gleichzeitig müssen die räumlichen Gegebenheiten die Begegnung von Eltern, Kindern und Mitarbeiterinnen ermöglichen. Hierzu gehören auch Merkmale wie der barrierefreier Zugang zu allen Spielmöglichkeiten, altersgerechte und sichere Spielgeräte, Ruhe- und Rückzugsmöglichkeiten, und fußläufig erreichbare Grün- und Spielflächen [vgl. AWO-Kita Standards 2012, 17].

Auch die Verfügbarkeit der Dienstleistung Kita ist hier angesprochen. Die in §22 Abs. 2 SGB VIII verankerte Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Kindererziehung macht flexible Öffnungszeiten auch abends, nachts und an den Wochenenden notwendig [vgl. AWO-Kita Standards 2012, 9].

Um jedem Kind die erforderliche Aufmerksamkeit und Zuwendung zukommen lassen zu können, muss eine optimale Fachkraft-Kind-Relation sowie eine sehr gute Qualifikation

durch eine geeignete Ausbildung der Mitarbeiter und die regelmäßige Fortbildung gewährleistet sein. Empfohlen wird, maximal 5 Kinder von je einer Fachkraft betreuen zu lassen, bei Kindern, die noch nicht laufen können, sollten höchstens 2 Kinder pro Fachkraft betreut werden [vgl. AWO-Kita Standards 2012, 16].

2. Gute Bindung und verlässliche Beziehungen als Grundlage für Entwicklung und Bildung.

Eine gute Bindung setzt voraus, dass Erzieherinnen sowohl die Zeit als auch die Möglichkeit haben, sich einem Kind individuell zuwenden zu können und ihm die zustehende Aufmerksamkeit zu schenken.

3. Beobachtung und Dokumentation als Basis für individuelle Entwicklungsbegleitung und Weiterentwicklung der Lernumgebung zur Unterstützung der Bildungsprozesse.

Die individuelle Förderung eines Kindes setzt eine sorgfältige Dokumentation voraus, die als Basis für die weitere Entwicklungsförderung des Kindes, aber auch für die Elterngespräche wichtig ist. Dokumentation, Analyse und Auswertung sind jedoch zeitintensiv und müssen von der Erzieherin bewältigt werden können [vgl. AWO-Rahmenkonzeption, 10].

4. Kinder sollten dort abgeholt werden, wo sie sich in ihrem Entwicklungsstand befinden, und den Raum erhalten, ihre eigenen Erfahrungen zu machen und dadurch zu lernen. Die Lernfähigkeit der Kinder steht im Mittelpunkt, und Kinder werden als eigenständige Persönlichkeiten betrachtet, die in ihren Kompetenzen unterstützt werden. Kinder sollen also individuell begleitet werden und mit der Partizipation die Möglichkeit erhalten, demokratische Fähigkeiten und Fertigkeiten zu erlangen. Auch das beinhaltet eine intensive Beschäftigung mit dem einzelnen Kind, für das die organisatorischen und zeitlichen Rahmenbedingungen geschaffen werden müssen [vgl. AWO-Rahmenkonzeption 2011, 7].

5. Zusammenarbeit Eltern – Kita, gemeinsame Aufgaben, Eltern als Experten des Kindes.

Die umfassende Fachberatung nicht nur von Kita-Beschäftigten, sondern auch von Eltern ist gesetzlich vorgeschrieben. Die Fachberatungen, die als Bindeglied zwischen Trägern, Kitas und Ministerien fungieren, müssen daher neue Bildungs- und Qualitätsentwicklungskonzepte entwickeln, die die Erziehungspartnerschaft von Kita und Eltern fördern [vgl. AWO-Kita Standards 2012, 17].

Eltern sollen außerdem transparent über die Kita-Arbeit informiert und als Experten des Kindes angesehen werden. Es muss Zeit für regelmäßige Entwicklungsgespräche und die Beteiligung und Mitwirkung der Eltern und auch für deren Begleitung und Unterstützung

gefunden werden, außerdem ist die Vereinbarkeit von Familie und Beruf zu gewährleisten [vgl. AWO-Rahmenkonzeption 2011, 14].

6. Optimale Gesundheitsförderung nach der WHO Charta von Ottawa. Kinder sollen fähig sein, für ihr eigenes Wohlbefinden zu sorgen und sich gesunde Lebensbedingungen zu schaffen [vgl. AWO-Rahmenkonzeption 2011, 14].

7. Qualifizierte Fachkräfte

Die Ausbildung der Beschäftigten sollte Mindeststandards genügen. Als Basis wird die Qualifizierung nach dem Curriculum des deutschen Jugendinstituts empfohlen, ergänzt durch mindestens 20 Fort- und Weiterbildungsstunden pro Jahr.

Motiviertes und qualifiziertes Personal kann durch eine attraktive Vergütung, ganzheitliches Führungsverständnis, Entwicklung des Einzelnen, unterstützende Gestaltung des personellen Arbeitsumfeldes, Vereinbarkeit von Familie und Beruf, Möglichkeiten des beruflichen Aufstiegs, BGM und eine entwickelte Anerkennungskultur gebunden werden. Alle Mitarbeiter sollten eingebunden sein in die Fachberatung, die Unterstützung und Vertretung für den regelmäßigen Austausch, die Vernetzung und die Wertschätzung. Außerdem sind langfristige berufliche Perspektiven förderlich, um die Mitarbeiterinnen zu motivieren [vgl. AWO-Kita Standards, 13].

8. Strukturierte Kommunikation und klare Verantwortlichkeiten

Ein komplexes Vorhaben wie das QM, das alle Prozesse in einem Unternehmen einbeziehen soll, erfordert auf allen Ebenen ein strukturiertes und transparentes Vorgehen, das auch die Verantwortlichkeiten für die einzelnen Prozesse und Vorhaben regelt.

9. Vernetzung im Stadtteil und mit anderen Einrichtungen

Vernetzung ist im Rahmen der Gesundheitsförderung ein sehr wichtiges Thema, weil es den Austausch fördert und den Kindern und Eltern, aber auch den Fachkräften der Kita Zugang zu Ressourcen verschafft, die die Qualität in der Kita maßgeblich fördern [vgl. AWO-Rahmenkonzeption, 14].

4.2.3 AWO Qualitätsmängel

Die AWO befindet sich im Bereich der Gesundheitsförderung auf einem guten Weg. 2011 waren bereits 270 Kita AWO-QM zertifiziert, und 85% aller AWO-Kitas waren mit dem Qualitätsmanagement befasst [vgl. Kaltenbach, 2008].

Dennoch gibt es deutliche Qualitätsunterschiede und Mängel in der deutschen Kita-Landschaft. Die NUBBEK-Studie zeigt, dass die Prozessqualität in den deutschen Kitas unbefriedigend ist und verbessert werden muss [vgl. Tietze/Becker-Stoll/Bensel 2012, 14]. Die AWO geht auch diesbezüglich mit ihrem QM mit gutem Beispiel voran, denn mit der Umsetzung des AWO-Tandem-Konzepts ist eine Kita auch zur Dokumentation ihrer QM-Prozesse verpflichtet. Dennoch fehlen bisher aussagekräftige Berichte oder Studien über das Gesundheitsmanagement in AWO-Kitas und dessen Effekte auf die Gesundheit von Kindern und Fachkräften. Im Rahmen einer Studie über AWO-Kita-Leiterinnen aus dem Jahr 2008 zeigen sich aber Faktoren, die heute noch aktuell sein dürften und sich negativ auf die Gesundheit sowohl von AWO-Kita-Beschäftigten als auch von den Kindern auswirken, die in einer AWO-Kita betreut werden.

Die Kita-Räumlichkeiten weisen zum Teil erhebliche Mängel auf. Als Beispiele sind mangelnder Lärmschutz, ungenügende technische Ausstattung, körperliche Belastung durch zu kleines Mobiliar, nicht beheizbare Räume und abgenutzte Ausstattung und zu kleine bzw. zu wenig Räume zu nennen. Es herrscht also ein hoher Investitionsbedarf. Zusätzlich herrscht Zeitmangel, der durch zu wenig Mitarbeiter und zu viele, zu hohe Anforderungen an die Fachkräfte bedingt ist, die dann keine Zeit für ausführliche Gespräche mit den Eltern und miteinander haben [vgl. Kaltenbach 2008, 131].

Die durch den hohen Anforderungs- und Zeitdruck sowie den Fachkräftemangel und die zu großen Kindergruppen pro Erzieherinnen bedingte Überlastung des Personals verhindert zudem die intensive und eingehende Beschäftigung mit dem individuellen Kind. Der Aufbau einer tragfähigen, emotional engen Beziehung wird so erschwert [vgl. Kaltenbach 2008, 131]. Auch fehlt oft die Zeit für eine sorgfältige Dokumentation der Fortschritte des einzelnen Kindes. Das hat einerseits belastende Wirkung auf die Erzieherin, die sich an die Beobachtungs- und Dokumentationspflicht gebunden, sich ihr aber nicht gewachsen fühlt, andererseits besteht die Gefahr, dass Entwicklungsverzögerungen oder gesundheitliche Probleme des Kindes gar nicht oder nicht rechtzeitig erkannt werden [vgl. Kaltenbach 2008, 121].

Der Anteil von verhaltensauffälligen Kindern wächst. Dadurch entstehen neue Anforderungen sowohl an die Qualifizierung der Fachkräfte als auch an deren Arbeitsbelastung, denn Kinder mit gesundheitlichen oder psychischen Störungen bedürfen einer vermehrten Zuwendung, die sie in zu großen Kindergruppen nicht erhalten können [vgl. Kaltenbach 2008, 132]. Weiterhin sind die steigende Kinderarmut und der Werteverlust in Familien belastend, denn so fehlt vielen Kindern oftmals eine Werte-Basis, auf der Kita-Fachkräfte aufbauen können [vgl. Kaltenbach 2008, 133]

Um eine kooperative Eltern-Erzieherinnen-Partnerschaft zu gewährleisten, sind Beratungs- und Moderationskompetenzen wichtig, um mit den unterschiedlichsten Elternpersönlichkeiten auf konstruktive und flexible Weise zusammenarbeiten zu können [vgl. Kaltenbach 2008, 121]. Anspruchsvolle, verunsicherte Eltern erhöhen den Aufwand [vgl. Kaltenbach 2008, 133]. Um wirksam mit ihnen kooperieren zu können, fehlen den Erzieherinnen oft die Zeit und die erforderlichen Kompetenzen im Konfliktmanagement.

Eine optimale Gesundheitsförderung braucht Zeit, Geduld und Geld. Die angemessene und sichere Ausstattung der Räume, gesundes Essen und eine intensive Zuwendung können nur gewährleistet werden, wenn genügend in die Ausstattung, aber auch in die Mitarbeiter investiert wird [vgl. Kaltenbach 2008, 131].

Der Investitionsbedarf bezieht sich auch auf den Fachkräftemangel. Dieser stellt in der Kita-Landschaft das wohl größte Problem dar [vgl. Kaltenbach 2008, 132]. Dies betrifft jedoch nicht nur das pädagogische Fachpersonal, sondern auch Arbeitskräfte aus der Küche und dem technischen Bereich. Die Aufgaben müssen dann von den Erzieherinnen mit erledigt werden, was wiederum von der pädagogischen Zeit abgeht [vgl. Kaltenbach 2008, 134]. Der Fachkräftemangel ist multifaktoriell ein Ergebnis aus gesellschaftlicher Geringschätzung des Berufsstandes. Es gibt für junge Menschen keinen guten Grund, Erzieher/in zu werden [vgl. Kaltenbach 2008, 134].

Durch zu viele Aufgaben und den herrschenden Zeitdruck fehlt auch die Zeit für Teamgespräche und für strukturierte Arbeitsabläufe. Hinzu kommt eine unklare Dienstplanung, die oft zu kurzfristig ist und die befristeten Arbeitsverträge, die für eine hohe Personalfluktuations sorgen. So ist eine strukturierte und planbare Vorgehensweise, auch bezogen auf das Gesundheitsmanagement, nur schwer möglich [vgl. Kaltenbach 2008, 136]. Auch die geforderte Vernetzung mit anderen Einrichtungen lässt zu wünschen übrig. Kita-Mitarbeiterinnen sind oft bereits mit den alltäglich anfallenden erzieherischen Aufgaben

ausgelastet, und eine Freistellung ist selten möglich. So können Angebote zur Vernetzung und Fortbildung kaum genutzt werden [vgl. Kaltenbach 2008, 136].

5 Schlussbetrachtung

5.1 Erfolgsfaktoren durch die Beschäftigten



Abbildung 4: Erfolgskreis [Eigene Abbildung]

5.2 Handlungsempfehlungen in der Kita

Vorbildlich ist die frühzeitige Auseinandersetzung mit den Themen Qualitäts- und Gesundheitsmanagement. So konnte zum Beispiel die AWO schon im Jahr 2008 270 zertifizierte Kitas vorweisen und damit die Qualität der AWO-Kitas. Zudem reagiert die AWO auf die festgestellten Defizite, indem sie sich auf politischer Ebene für die Rechte der Kinder und der Kitas stark macht. Dies betrifft sowohl den Kampf für die Bereitstellung von Finanzmitteln als auch die Forderung nach einer hochwertigen Qualifizierung der Fachkräfte und der Verbesserung der Arbeitsbedingungen für die Mitarbeiter/innen. Dennoch stehen sich jetzt der gesetzlich verankerte Rechtsanspruch auf einen Kitaplatz und der eklatante Mangel an Finanzmitteln, Fachkräften, Qualität und gesundheitsfördernden Umgebungsbedingungen gegenüber.

Viele Träger und vermutlich auch die AWO wissen nicht, ob und welche Kitas mangelhafte Qualität aufweisen [vgl. Tietze/Becker-Stoll/Bensel 2012, 14]. Hier muss mehr an Dokumentationsarbeit geleistet werden, um aussagekräftige Daten zu erhalten, auf dem die Qualitätsarbeit und die Gesundheitsförderung wirksam aufbauen können. Die sorgfältige Dokumentation ist auch wichtig, um später die durchgeführten Schritte nachvollziehen, bewerten und mit anderen Kitas austauschen zu können [vgl. Appenrodt 2010, 72]. Die WHO empfiehlt hierfür eine rigide Datenerfassung basierend auf festgelegten Grundlagen, die eine Einschätzung erlaubt, welche Maßnahmen erfolgreich waren und fortgesetzt werden sollten [vgl. Jensen/Currie/Dyson 2013, 58].

Wie auch die AWO selbst fordert, sollte die Ausbildung der Beschäftigten Mindeststandards genügen. Als Basis empfiehlt die AWO die Qualifizierung nach dem oben genannten Curriculum des deutschen Jugendinstituts [vgl. AWO-Kita Standards 2012, 13]. Da die Bedeutung der Frühförderung so groß ist, ist über die Akademisierung des Berufsstandes nachzudenken [vgl. Rudow 2010, 29]. Angesichts der derzeit üblichen Entlohnung und dem hohen Anteil an Teilzeitstellen ist ein Studium in diesem Fachbereich jedoch vermutlich wenig attraktiv für den Nachwuchs. Für die Weiterbildung müssen finanzielle Mittel sowohl für die Beschäftigten als auch für notwendiges Vertretungspersonal bereitgestellt werden. Auch die Verbesserung des Personalschlüssels auf das geforderte Verhältnis von 5:1 bedeutet einen erhöhten finanziellen Aufwand.

Eine attraktive Vergütung und verbesserte Arbeitsbedingungen/–umgebungen können helfen, motiviertes und qualifiziertes Personal zu gewinnen. Auch ein ganzheitliches Führungsverständnis, die Möglichkeit zur beruflichen Entwicklung, eine unterstützende

Gestaltung des personellen Arbeitsumfeldes, die Vereinbarkeit von Familie und Beruf, Möglichkeiten des beruflichen Aufstiegs, und ein betriebliches Gesundheitsmanagement müssen weiter gefördert und umgesetzt werden, um dem Fachkräftemangel nicht mehr zu begegnen.

Zur Verbesserung des Gesundheitszustands bei Kindern und Jugendlichen fordert die WHO programmatisch bis 2020 eine umfassende und für alle Kinder verfügbare Gesundheitsfürsorge unter besonderer Berücksichtigung der Risikofaktoren Rauchen und Übergewicht. Hinzukommend soll für alle Kinder und Jugendlichen eine universelle Kindergarten- und Schulbildung bereitgestellt werden. Dabei ist auf die Vernetztheit aller sozialen, gesundheitlichen und Bildungseinrichtungen für alle Altersklassen zu achten, damit Informationen ausgetauscht, auf aussagekräftigen Daten basierend Maßnahmen geplant und die Qualität der Dienstleistungen überwacht werden kann. Dies soll die Effizienz steigern und die Kundenzufriedenheit erhöhen. Schlüsselement zur Umsetzung dieser Ziele sind der politische Wille und dynamische Regierungssysteme, die für die Umsetzung der Forderungen sorgen und finanzielle und kulturelle Unterstützung bieten. [vgl. Jensen/Currie/Dyson 2013, x]

Die Gesundheitsförderung in den AWO-Kitas sollte sich zusammenfassend also auf die Verbesserung der psychischen und organisatorischen Arbeitsbedingungen für die Kita-Beschäftigten konzentrieren, um deren Arbeitsmöglichkeit, Zufriedenheit und Leistungsfähigkeit zu erhöhen. Gleichzeitig sind durch Verhaltensschulungen wie Kommunikations- oder Rückentrainings, aber auch durch pädagogische Qualifizierungsmaßnahmen die Bewältigungskompetenzen der Beschäftigten und der Eltern zu verbessern. Diese neuen Kompetenzen verschaffen den Kindern dann ein Lebensumfeld, indem sie sicher, geliebt und gesund aufwachsen können und so die Möglichkeit haben, sich ganzheitlich zu physisch und psychisch gesunden, sozialkompetenten, starken, selbstbewussten und resilienten Persönlichkeiten zu entwickeln.

Es ist ein umfangreicher, langer und teurer Prozess, der sich in der Zukunft lohnen würde. Jedoch müssen die Menschen das Hauptproblem erst erkennen, damit sich das ganze System tatsächlich in eine richtige Richtung wendet.

Literatur- und Quellenverzeichnis

Akkreditierungsstellengesetz

URL: www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/akkstelleg/gesamt.pdf (Stand: 20.01.2014)

Appenrodt, Birgit (2010): Betriebliche Gesundheitsförderung im Sozial- und Erziehungsdienst
Fitnetz- das gesunde Netzwerk, Rhein-Kreis Neuss. Frankfurt am Main.

URL: www.kita-bildungsserver.de/fileadmin/download/1029 (Stand: 20.01.2014)

Aristoteles (1890): Metaphysik. Übersetzung von Hermann Bonitz. Berlin

AWO – Grundsatzprogramm

Schriftenreihe Theorie und Praxis 2009. Berlin.

URL: www.awo.org/fileadmin/user_upload/documents_Awo/Die_Arbeiterwohlfahrt/Grundsatzprogramm_Layout_neu_09.pdf (Stand: 20.01.2014)

AWO Grundlagen AWO-QM

URL:

www.awo.org/fileadmin/user_upload/documents_Awo/zertifikate/Aufsatz_Grundlagen_AWO_QM.pdf (Stand: 20.01.2014)

AWO - Historie

Gründung der Arbeiterwohlfahrt

URL: [www.awo-](http://www.awo-historie.org/index.php?id=702&tx_ttnews[tt_news]=1418&cHash=0a8006b7b1757b328dd91e73161f9b66)

[historie.org/index.php?id=702&tx_ttnews\[tt_news\]=1418&cHash=0a8006b7b1757b328dd91e73161f9b66](http://www.awo-historie.org/index.php?id=702&tx_ttnews[tt_news]=1418&cHash=0a8006b7b1757b328dd91e73161f9b66) (Stand: 20.01.2014)

AWO - Kita-Standards

Bundeseinheitliche Qualitätsstandards in Kindertageseinrichtungen und Kindertagespflege.
Positionspapier.(2012) Berlin.

URL: [http://kita-](http://kita-kampagne.awo.org/fileadmin/kita2013/Positionspapiere/AWO_Positionspapier_Qualitaetsstandards_Kita_KTP_2012.pdf)

[kampagne.awo.org/fileadmin/kita2013/Positionspapiere/AWO_Positionspapier_Qualitaetsstandards_Kita_KTP_2012.pdf](http://kita-kampagne.awo.org/fileadmin/kita2013/Positionspapiere/AWO_Positionspapier_Qualitaetsstandards_Kita_KTP_2012.pdf) (Stand: 20.01.2014)

AWO-Normen

URL:

www.awo.org/fileadmin/user_upload/documents_Awo/zertifikate/Aufsatz_Grundlagen_AWO_Normen.pdf (Stand: 20.01.2014)

AWO-Prävention

Prävention braucht höheren Stellenwert.

URL: [www.awo.org/aktuelles-und-](http://www.awo.org/aktuelles-und-presse/presse/einzelansicht/?tx_ttnews[tt_news]=624&cHash=d25197794cc20c9a545cea91714b588b)

[presse/presse/einzelansicht/?tx_ttnews\[tt_news\]=624&cHash=d25197794cc20c9a545cea91714b588b](http://www.awo.org/aktuelles-und-presse/presse/einzelansicht/?tx_ttnews[tt_news]=624&cHash=d25197794cc20c9a545cea91714b588b) (Stand: 20.01.2014)

AWO – Rahmenkonzeption (2011)

Kinder, was für ein Leben! Hamburg.

URL:

www.google.de/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&ved=0CDIQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.awo-hamburg.org%2Fpublikationen.htm%3Ffile%3Dtl_files%2Fawo_hamburg%2FPDF%2FKitas%2FRahmenkonzeption_Web.pdf&ei=YhfMUr3UN8TY7AaAzoEg&usg=AFQjCNGGE0q6Om3QDJJw7JH_BI9CCvjO4A&sig2=6B8uSRDgSEgqUsNsUHeznQ&bvm=bv.58187178,d.ZGU (Stand: 20.01.2014)

AWO - QM-Zertifizierung

URL: www.awo.org/qm-zertifizierung/ (Stand: 20.01.2014)

AWO - Zahlen und Fakten

URL: www.awo.org/wir-ueber-uns/zahlen-und-fakten/ (Stand: 20.01.2014)

BAG LJÄ

Bundesarbeitsgemeinschaft der Landesjugendämter (2006): Kooperation und Vernetzung von Kindertageseinrichtungen im Sozialraum. Kiel

URL: www.familienzentrum.nrw.de/fileadmin/documents/pdf/koop_vernetzung_kitas.pdf (Stand: 20.01.2014)

Brandl, Marion (2012): Resilienz in der professionellen Arbeit mit Kindern in den ersten drei Lebensjahren.

URL: www.kita-fachtexte.de/fileadmin/website/FT_Brandl_OV.PDF (Stand: 20.01.2014)

BSI Group - Our History

URL: www.bsigroup.com/en-GB/about-bsi/our-history/ (Stand: 20.01.2014)

Büchter, Petra (2010): Betriebliche Gesundheitsförderung im Sozial- und Erziehungsdienst.

Hamburgische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung. Frankfurt am Main

URL: www.kita-bildungsserver.de/fileadmin/download/1029 (Stand: 20.01.2014)

Crosby, Philip B. (1962): On Perfection.

URL: www.wppl.org/wphistory/philipcrosby/OnPerfection.pdf (Stand: 20.01.2014)

Crosby, Philip B.: Quality - The Real Thing

URL: www.wppl.org/wphistory/philipcrosby/QualityManagementTheRealThing.pdf (Stand: 20.01.2014)

Deming, W. Edwards (2000): Out of the Crisis. Cambridge, Massachussets.

DGE (2011):

DGE-Qualitätsstandard für die Verpflegung in Tageseinrichtungen für Kinder. Bonn.

URL: www.bmelv.de/SharedDocs/Downloads/Ernaehrung/Kita-Schule/QualitaetsstandardsKindertageseinrichtungen.pdf?__blob=publicationFile (Stand: 20.01.2014)

Düngenheim, Monika (2007): Gesunde Kitas, starke Kinder:

Ganzheitliche Gesundheits- und Bildungsförderung in KiTas. Einführung und Arbeitshilfe für pädagogische Fachkräfte. Berlin.

URL: http://peb.he-hosting.de/uploads/tx_ernaehrungundbewegung/peb_KiT_a_Arbeitshilfe_Screenversion.pdf (Stand: 20.01.2014)

Eibeck, Bernhard (2010): Ratgeber Betriebliche Gesundheitsförderung im Sozial- und Erziehungsdienst .

Betriebliche Gesundheitsförderung im TVÖD – Wortlaut und Erläuterungen. Frankfurt am Main

URL: www.kita-bildungsserver.de/fileadmin/download/1029 (Stand: 20.01.2014)

Gewaltprävention

Gewaltprävention im Kinder- und Jugendschutz (2011). Köln.

URL: www.stadt-koeln.de/mediaasset/content/pdf-dezernat1/gleichstellung/gewaltpraeventionskonzept.pdf (Stand: 20.01.2014)

GKV-Spitzenverband

URL: www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/praevention_selbsthilfe_beratung/praevention_und_betriebliche_gesundheitsfoerderung/leitfaden_praevention/leitfaden_praevention.jsp (Stand: 20.01.2014)

Graebig, Klaus (2005): Terminologie ISO 9000. Stand der Normung. Beispiele für Leistungen und Chancen.

URL: www.anp.din.de/sixcms_upload/media/2234/Terminologie_ISO%209000.pdf (Stand: 20.01.2014)

Hygiene

Ansteckungsrisiken mindern - Empfehlungen zur Hygiene.

URL: www.kindergesundheit-info.de/themen/krankes-kind/alltagstipps/fieber-co/hygiene-empfehlungen/?query=hygiene (Stand: 20.01.2014)

Hofmann, Axel/ Kober, Paul/ Kohlstock, Claudia/ Schicht, Bernhard/ Spengler, Alexander/ Stange, Gudrun (2011): Rahmenhygieneplan für Kindereinrichtungen

URL: <http://kita-gesundheit.de/wp-content/uploads/2013/06/weblinks-rahmenhygieneplan.pdf> (Stand: 20.01.2014)

ISO members

URL: www.iso.org/iso/about/iso_members.htm (Stand: 20.01.2014)

ISO 1.2 application

URL: www.iso.org/iso/01_guidance_on_iso_9001_2008_sub-clause_1.2_application.pdf. (Stand: 20.01.2014)

ISO 9000 - Quality Management

URL: www.iso.org/iso/iso_9000. (Stand: 20.01.2014)

ISO 9001 erklärt - Kapitel 0

URL: www.iso9001erklart.de/ISO9001erklart/ISO_9001_Kap._0.html (Stand: 20.01.2014)

ISO 9001 erklärt - Kapitel 4

URL: www.iso9001erklart.de/ISO9001erklart/ISO_9001_Kap._4.html (Stand: 20.01.2014)

ISO 9001 erklärt - Kapitel 5

URL: www.iso9001erklart.de/ISO9001erklart/ISO_9001_Kap._5.html (Stand: 20.01.2014)

ISO 9001 erklärt - Kapitel 6

URL: www.iso9001erklart.de/ISO9001erklart/ISO_9001_Kap._6.html (Stand: 20.01.2014)

ISO 9001 erklärt - Kapitel 7

URL: www.iso9001erklart.de/ISO9001erklart/ISO_9001_Kap._7.html (Stand: 20.01.2014)

ISO 9001 erklärt - Kapitel 8

URL: www.iso9001erklart.de/ISO9001erklart/ISO_9001_Kap._8.html (Stand: 20.01.2014)

ISO 9001 erklärt - QM-System aufbauen

URL: www.iso9001erklart.de/ISO9001erklart/ein_QM-System_aufbauen.html (Stand: 20.01.2014)

Jensen, Bjarne Bruun/ Currie, Candace/ Dyson, Alan/ Eisenstadt, Naomi/ Melhuish, Edward (2013): Early Years, family and education task group: report. World Health Organization. Copenhagen.

URL: www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/236193/Early-years,-family-and-education-task-group-report.pdf (Stand: 20.01.2014)

Juran, Joseph M. / Godfrey, A. Blanton (Hrsg.) (1998): Juran's quality control handbook. New York.

URL: www.pqm-online.com/assets/files/lib/juran.pdf (Stand: 20.01.2014)

Kaltenbach, Karin (2008): Kita im Wandel - Neue Anforderungen an Führungskräfte von Tageseinrichtungen für Kinder.

Eine empirische Analyse. Saarbrücken.

Keefer, Susanne (2010): Betriebliche Gesundheitsförderung im Sozial- und Erziehungsdienst.

Gesundheitsförderung in der Kita – auch für Erzieherinnen? Frankfurt am Main.

URL: www.kita-bildungsserver.de/fileadmin/download/1029 (Stand: 20.01.2014)

Kinderförderungsgesetz

URL: www.bmfsfj.de/BMFSFJ/gesetze,did=133282.html (Stand: 20.01.2014)

Kranke Kinder in der Kita.

Merkzettel – kranke Kinder in der Kita.

URL: www.kindergesundheit-info.de/fuer-fachkraefte/praxis-wissen/kranke-kinder-kita/arbeitsmaterialien/ (Stand: 20.01.2014)

Kurth, B.-M., Schaffrath Rosario, A. (2010): Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland.

URL: <http://edoc.rki.de/oa/articles/reIXcLKBs9uis/PDF/27A1KTMTtAiWs.pdf> (Stand: 20.01.2014)

Landeshauptstadt München

Konzept zum Betrieblichen Gesundheitsmanagement in der Abteilung KITA.(2012) München.

URL: www.ris-muenchen.de/RII2/RII/DOK/SITZUNGSVORLAGE/2686354.pdf (Stand: 20.01.2014)

Maasberg Angelika, Richter-Kornweitz Antje (2010): Ratgeber Betriebliche Gesundheitsförderung im Sozial- und Erziehungsdienst.

Netzwerk „Kita und Gesundheit in Niedersachsen“.Frankfurt am Main

URL: www.kita-bildungsserver.de/fileadmin/download/1029 (Stand: 20.01.2014)

Müller, C.Wolfgang (2012): Mit uns zog die neue Zeit. Berlin.

URL: www.awo-

informationsservice.org/index.php?eID=tx_nawsecuredl&u=0&file=uploads/media/Mit_uns_zog_die_Zeit.pdf&t=1390259488&hash=b706a6bff890453294e6f3ed0c787cd9431fa8dc
(Stand: 20.01.2014)

Nagel-Prinz, Susanne M./ Paulus, Peter (2012): Gesundheit und Gesundheitsförderung nach dem „K!GG“-Konzept.

URL: <http://nifbe.de/fachbeitraege/beitraege-von-a-z/85-themensammlung/bildungs-und-sozial-management/gesundheit/184?showall=&start=2> (Stand: 20.01.2014)

NIST

National Institute of Standards and Technology: Applying for the Malcolm Baldrige National Quality Award.

URL: www.nist.gov/baldrige/enter/apply.cfm (Stand: 20.01.2014)

Ottawa Charta zur Gesundheitsförderung (1986)

URL: www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/129534/Ottawa_Charter_G.pdf
(Stand: 20.01.2014)

Piechotta, Beatrice (2008): Qualitätsmanagement – Begriffe, Grundprinzipien, Anwendung im Gesundheitswesen. Berlin.

URL: www.springer.com/cda/content/document/cda_downloaddocument/9783540757412-c1.pdf?SGWID=0-0-45-528903-p173788211 (Stand: 20.01.2014)

Reid, R. Dan/ Sanders, Nada R. (2009): Total Quality Management. Chapter 5

URL: www.wiley.com/college/sc/reid/chap5.pdf (Stand: 20.01.2014)

Richter-Kornweitz Antje/ Altgeld Thomas (2011): GESUNDE KITA FÜR ALLE!

Leitfaden zur Gesundheitsförderung im Setting Kindertagesstätte. Hannover.

URL: www.gesundheits-nds.de/CMS/images/stories/PDFs/Leitfaden_Gesunde_Kita_fuer_alle_web.pdf (Stand: 20.01.2014)

Ross, Joel E. / Perry Susan (1999): Total Quality Management: Text, Cases, and Readings. Third Edition. Florida

Rudow, Bernd (2010): Betriebliche Gesundheitsförderung im Sozial- und Erziehungsdienst. Instrumente der Prävention und Gesundheitsförderung (2010) Frankfurt am Main.

URL: www.kita-bildungsserver.de/fileadmin/download/1029 (Stand: 20.01.2014)

Shewhart, Walter A. (1986): Statistical Method from the Viewpoint of Quality Control. New York.

Sousa-Poza, Andres/ Altinkilinc, Mert/ Searcy, Cory (2009): Implementing a Functional ISO 9001 Quality Management System in Small and Medium Enterprises.

URL:

www.google.de/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CC0QFjAA&url=http%3A%2F%2Fxa.yimg.com%2Fkq%2Fgroups%2F24709041%2F1536886569%2Fname%2FISO%252B9001.pdf&ei=90DIUuzxGcPD4gTVu4GADQ&usg=AFQjCNFmkn7M9fC15oVfH_AXpO_x36GuyA&sig2=HfMoD5veU68nMSf04NIhKA&bvm=bv.58187178,d.bGE (Stand: 20.01.2014)

Stolzenberg, Regina/ Berg, Giselind/ Maschewsky-Schneider, Ulrike (2012): Wie gelingt Empowerment? Berlin.

URL:

www.fruehehilfen.de/fileadmin/user_upload/fruehehilfen.de/downloads/Vortrag_Stolzenberg_KongressAG2012.pdf (Stand 20.01.2014)

Taylor, Frederick W. (1911): The principles of scientific management. London.

Thiemann, Janet (2010): Eltern AG – Empowerment für sozial benachteiligte Eltern.

URL:

www.google.de/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&ved=0CDgQFjAB&url=http%3A%2F%2Fwww.hs-magdeburg.de%2Ffachbereiche%2Ff-ahumanw%2Fstudiengaenge%2Fkiwi%2Fring_ges%2F4.-ringvorlesung-wise-2009-10%2F260110_JanetThiemann_ElternAG.pdf&ei=GvzaUp2EBPT2ygObwICAAG&usg=AFQjCNGKfF2AfglBdboNbap9zWZ-43RWw&sig2=ye0fAdQd1hITlghuxaccQA&bvm=bv.59568121,d.bGQ (Stand: 20.01.2014)

Thinschmidt, Marleen (2010): Betriebliche Gesundheitsförderung im Sozial- und Erziehungsdienst.

Belastungen am Arbeitsplatz Kindertagesstätte – Übersicht zu zentralen Ergebnissen aus vorliegenden Studien. Frankfurt am Main

URL: www.kita-bildungsserver.de/fileadmin/download/1029 (Stand: 20.01.2014)

Tietze, Wolfgang/ Becker-Stoll, Fabienne/ Bense, Joachim/ Eckhardt, Andrea G./ Haug-Schnabel, Gabriele/ Kalicki, Bernhard/ Keller, Heidi/ Leyendecker, B. (2012):

NUBBEK Nationale Untersuchung zur Bildung, Betreuung und Erziehung in der frühen Kindheit, Fragestellungen und Ergebnisse im Überblick. Berlin.

URL: www.nubbek.de/media/pdf/NUBBEK%20Broschuere.pdf (Stand: 20.01.2014)

TÜV Nord - DIN EN ISO 9001

URL: www.tuev-nord.de/de/qualitaet/din-en-iso-9001-9181.htm (Stand: 20.01.2014)

Wegner, Björn (2009): Betriebliches Gesundheitsmanagement – in 6 Schritten zum Erfolg. Wilhelmshaven.

URL: www.uk-bund.de/downloads/Fachinformationen%20AP/Leitfaden_BGM1_pdf_Datei.pdf (Stand: 20.01.2014)

Eigenständigkeitserklärung

Hiermit bestätige ich, dass ich die vorliegende Arbeit selbständig verfasst und keine anderen als die angegebenen Hilfsmittel benutzt habe. Die Stellen der Arbeit, die dem Wortlaut oder dem Sinn nach anderen Werken (dazu zählen auch Internetquellen) entnommen sind, wurden unter Angabe der Quelle kenntlich gemacht.
